

Annemari Hirsimäki

SUOMALAINEN TERVEYSPOLITIikka

Terveiden hallinnan käytännöt hallituksen
kärkihankeohjelmassa

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pro gradu

Helmikuu 2019

TIIVISTELMÄ

Annemari Hirsimäki: Suomalainen terveystalitiikka – Terveysten hallinnan käytännöt hallituksen kärkihanketohjelmassa

Pro gradu-tutkietma

Tampereen Yliopisto

Sosiologia

Ohjaaja: Eriikka Oinonen

Helmikuu 2019

Tässä tutkietmassa käsittelen pääministeri Juha Sipilän hallituksen terveyten ja hyvinvoinnin edistämisen kärkihankesuunnitelmia vuosilta 2015–2017. Tutkimustehtäväni on kahtalainen. Yhtäältä tarkastelen sitä, mitä hallinnan ja terveyskansalaisuuden elementtejä aineistossa on nähtävissä ja mikä on suomalaisten terveyspoliittisten linjausten ydin. Toisaalta pohdin sitä, miten kansalaisten terveyskäyttäytymistä hallitaan aineistossa esiintyvien teemojen tai diskurssien keinoin.

Tutkimukseni teoreettis-metodologiset ratkaisut pohjautuvat sosiaalisen konstruktionismin perinteeseen. Analysoin asiakirjojen tekstiä kriittisen diskurssianalyysin perinteen mukaisesti terveyskansalaisuuden ja hallinnan näkökulmia hyödyntäen. Terveyskansalaisuuteen liittyvät näkemykseni pohjautuvat Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon teokseen *Kansalaisuus ja kansanterveys* (2003), jossa kirjoittajat käyvät läpi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehityskulkuja. Hallinnan osalta tutkimukseni mukailee Michel Foucault’n biovallan tematiikkaa.

Tutkimustuloksikseni rakentuu kaksi metadiskurssia: *yksilöllinen ja yhteiskunnallinen*. Metadiskurssit koostuvat neljästä aladiskurssista, jotka ovat *vastuun, välittämisen, uhan sekä tiedon- ja asiantuntijuuden diskurssit*. Diskurssissa ihmisten terveyskäyttäytymisen hallinta – ”terveyskansalaistaminen” – muodostuu itsekontrollin, terveysasiantuntijoiden mentoroinnin, taloudellisten reunaehtoien ja kansalaisten kategorisoinnin ympärille. Analyysissani aladiskurssit keskustelevat keskenään ja toimivat yhdessä toistensa kanssa piirtäen kuvaa nykypäivän suomalaisesta terveystalitiikasta ja sen toiminnasta kärkihankkeen muodossa.

Avainsanat: terveyskansalaisuus, hallinta, biovalta, kriittinen diskurssianalyysi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla.

ABSTRACT

This study explores Prime Minister Juha Sipilä's government key government projects concerning health and wellbeing between 2015–2017. On one hand, I examine key elements of governance and health citizenship. On the other hand, I discuss how health habits are governed by the discourses and themes found in the key project texts.

Study's theoretical and methodological frame is social-constructionism. I analyze key project texts by applying critical discourse analysis and from viewpoint of governance and health citizenship. My understanding of health citizenship comes from Ilpo Helén's and Mikko Jauho's book *Kansalaisuus ja kansanterveys* (2003) which addresses the history of Finnish health policy. My views of governance derive from Michel Foucault's theories of biopower.

On the basis of the analysis, I found two metadiscourses: *individual and societal*. These two metadiscourses consist of four sub-discourses which are *caring, responsibility, threat* and *knowledge and professionalism*. In these discourses the governance of human health behaviour – "the making of health citizenship" – includes self-control, professional mentorship, financial preconditions and the categorization of individuals and groups. These four sub-discourses are closely intertwined as I point out in the analysis. Discourses describe the world of contemporary Finnish health policy and its operation on government key project level.

Key words: health citizenship, governance, biopower, critical discourse analysis

Sisällys

1. Johdanto	6
2. Suomalaisen terveystalouden perinteet.....	11
2.1 Väestön terveyden haltuunoton historia ja sen ohjailemisen nykytilanne	14
2.2 Terveystaloudellisuus	17
2.3 Suomalainen terveystaloudetikka tänään	19
3. Hallinnan teoriaa	22
3.1 Asiantuntijat ja asiantuntijuus hallinnan mekanismeissa	23
3.2 Hallinnan teoriaa foucaultlaisittain.....	26
3.3 Ongelmanmuodostus ja riskien hallinta	27
4. Tutkimuksen toteutus: analyysin eteneminen ja katsaus aineistoon	30
4.1 Sisällönanalyysi.....	31
4.2 Instituutio sosiaalisten ongelmien tuottamisteollisuutena?	33
4.3 Diskurssianalyysi.....	37
4.4 Aineisto ja tutkimusetikka.....	40
5. Terveystalouden hallinta hallituksen kärkihankeohjelmassa	46
5.1 Tieto ja asiantuntijuus.....	48
5.2 Välittäminen	60
5.3 Uhat	67
5.4 Vastuu.....	73
6. Lopuksi	77
Lähteet.....	83
Liite 1. Tutkimusaineisto	86

1. Johdanto

”Terveiden vaalimisesta on tullut erottamaton osa nykyihmisen elämäntapaa. Niin työelämässä kuin vapaa-aikanakin jokaista patistetaan edistämään terveyttään esimerkiksi liikkumalla enemmän, syömällä terveellisemmin ja vähentämällä päihteiden käyttöä. Terveystenhoitoa pidetään myös ehkä tärkeimpänä julkisena hyvinvointipalveluna, jonka tulevaisuudesta kannetaan yhä enemmän huolta. Kaikki poliittiset puolueet ovat yksimielisiä siitä, että terveydenhuollossa nykyisin valloillaan oleva kriisi on ratkaista. Tästä onkin tullut suomalaisen hyvinvointivaltion puolustamisen pääkysymys.”

(Ilpo Helén & Mikko Jauho: Kansalaisuus ja kansanterveys, 2003, 7.)

Aineettoman informaation yhteiskunnassa ihmisten aineellinen ruumiillisuus ja etenkin sen hyvinvointi on paradoksaalisesti yksilöitä, organisaatioita ja yhteiskuntaa entistä enemmän askarruttava asia. Medikalisaatio, joka laajassa merkityksessä tarkoittaa erilaisten yksilöllisten ja yhteisöllisten teemojen tarkastelua terveyden näkökulmasta, on suoraan ja epäsuorasti levittäytynyt kaikille yhteiskunnan osa-alueille. Myös normaalisuuden, eli ilmiöiden normien mukaisuuden, tyypillisyyden ja tavoiteltavuuden arviointi on rakenteiden rajussa murroksessa muotoutunut tärkeäksi. (Itkonen, Myllykangas, Pirttilä & Tuomainen 1994, 6.) Tässä murroksessa terveyteen liittyviä toimenpiteitä ohjaavat ja kehystävät talouden asettamat reunaehdot. Terveystenhoollon menot ovat kasvussa, joskin kehitys on ollut maltillista. Menojen jakautumisen osalta vuonna 2016 Suomen kokonaisterveydenhuoltomenot olivat 20,5 miljardia euroa. Terveystenhoollon menoista noin puolet kohdistui perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Vuonna 2016 Suomen terveydenhuoltomenot olivat 20,5 miljardia euroa. Samana vuonna terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osuus oli 74,6 prosenttia. (THL Tilastoraportti 20/2018.)

Tällä hetkellä suomalaisen terveydenhuollon kentän murrosta määrittelee vahvasti tekeillä oleva sote-uudistus, jonka on määrä astua voimaan 1.1.2021. Uudistuksessa vastuu julkisten sosiaali- ja terveysten palvelujen järjestämisestä siirtyy kunnilta maakunnille. Uudistuksella on tarkoitus kuroa umpeen suurta osaa julkisen talouden kestävyysvajeesta. Valtiovarainministeriön verkkosivujen mukaan kestävyysvajeella tarkoitetaan tilannetta, jossa menojen arvioidaan pitkällä aikavälillä ylittävän julkiset tulot. Kestävyysvaje kertoo, kuinka paljon julkista taloutta tulisi sopeuttaa, jotta julkinen talous olisi pitkän aikavälin tasapainossa ilman että tulevaisuudessa veroastetta nostetaan,

palveluita heikennetään tai velkaantumista kasvatetaan.¹ Kestävyyssvajeesta puhutaan paljon julkisessa keskustelussa ja sen nähdään olevan meidän kaikkien yhteinen ongelma, joka pakottaa erilaisiin epämieluisiin toimenpiteisiin. Analyysissani kestävyysvaje nousee esille uhkadiskurssissa (ks.s. 67). Vastuuvaihdoksen ja kustannusten kasvun hillitsemisen lisäksi uudistuksen tavoitteena on valinnanvapauden lisääntyminen, sähköisten palvelujen kehittäminen sekä palvelujen yhteensovittaminen.

Yhteiskuntatieteilijät ovat usein kiinnostuneita suurista yhteiskunnallisista muutoksista ja siitä, miten ja miksi erilaiset auktoriteetit arkisessa ja muuttuvassa yhteiskunnallisessa tilanteessa puuttuvat elämäämme ja kuinka yksityisinä tai henkilökohtaisina pidettäviä elämänalueita tehdään julkisiksi ja sitä myötä hallittaviksi. Tämä liittyy vahvasti ruumiillisuuden ja terveyden välisiin kysymyksiin. Kyseisiä teemoja käsitellään esimerkiksi tämän tutkielman kimmokkeena toimineessa Westermarck-seuran palkitsemassa pro gradu-tutkielmassa *Lihavuuden biopoliittinen haltuunotto. Suomen Lääkärilehden tekstit lihavuudesta vuosilta 1995–2008 medikalisoituneessa kulttuurissa* (Aho, 2009). Tutkielmassa kysytään millaisia hegemonisia diskursseja, eli tietynlaisia vakiintuneita puhetapoja ja merkityksiä terveysalan asiantuntijat tuottavat Suomen Lääkärilehden lihavuuspuheessa ja miten esiin nostetuilla diskursseilla pyritään kontrolloimaan ihmisten elämäntapojen. Tutkielmassaan kirjoittaja Timo Aho kiinnittää huomiota lihavuuden ja ruumiillisuuden hallinnan käytäntöihin, joilla terveysammattilaiset pyrkivät vaikuttamaan ihmisten tapoihin orientoitua elämäänsä.

Henkilökohtaisella tasolla tämän tutkielman innoittajana toimi korkeakouluharjoittelujaksoni Satakunnan sairaanhoitopiirin hanketoiminnassa. Siellä toimin projektiassistenttina Sata-Lipake-nimisessä elintapaohjauksen palveluketjuja suunnittelevassa ja toteuttavassa hankkeessa. Harjoitteluni kautta pääsin kosketuksiin suomalaisen terveystalouden kiemuroihin ja kiinnostuin siitä, mistä erilaiset väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat ohjeistukset, määräykset ja suositukset ovat peräisin ja miksi niitä luodaan. Miksi niinkin henkilökohtaisina ja yksityisinä pidetyt asiat kuten yleinen terveydentila, paino tai vaikkapa yksinäisyys kiinnostavat yhteiskunnallisella tasolla niin, että erilaisia väestöllisiä toimenpiteitä, hankkeita, ohjelmia ja kampanjoita toteutetaan? Ja miten nämä niin kutsutun henkilökohtaisen elämänpiirin eri osa-alueet käytännössä otetaan haltuun poliittisin keinoin? Esimerkiksi kysymys siitä, miten yhteiskunnallisten auktoriteettien pyrkimykset edistää

¹ Valtiovarainministeriön verkkosivut. Talouspolitiikan raamit. <https://vm.fi/talouspolitiikan-raamit> .Noudettu 21.1.2019.

talouskasvua ja tuottavuutta toimivat yhdessä humanistisiin arvoihin pohjautuvien terveyden edistämisen ihanteiden kanssa, on mielestäni oleellinen ja ajankohtainen.

Harjoitteluni jatkumona työskentelin myös kolmen kuukauden ajan VESOTE (*Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti*) -kärkihankkeessa. Työtehtävissäni pääsin näkemään elintapaohjauksen toimintaa käytännön tasolla ja ammensin työstäni myös tekeillä olleeseen pro gradu tutkielmaani. Työssäni kärkihankkeen toiminta havainnollistui ja sisäistämäni terveys sosiologinen teoria sai konkreettisemmän muodon. Näin työssäni terveystieteiden hallinnan elementit, jotka lopulta ohjasivat asettamaani tutkimusnäkökulmaa.

Kaiken kaikkiaan hallinnan monet muodot, erilaiset valtarakenteet ja niihin liittyvät päätöksenteko ja politiikka ovat kiehtoneet yhteiskuntatieteilijöitä kautta aikojen ja tulevat varmasti kiehtomaan myös jatkossa. Hallintaa on tarkasteltu hyvin monitieteisesti. Esimerkiksi pakolaisten², lasten³ rikosten⁴ sekä turvattomuuden ja turvallisuuden⁵ hallitsemisesta löytyy runsaasti 2000-luvulla tehtyä tutkimusta (Miller & Rose 2010, 25–26). Tämän tutkielman kirjoittamisen aikoihin esimerkiksi eriarvoistumisen hallintaan liittyvät poliittiset kysymykset ovat vahvasti läsnä yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tässäkin yhtenä suurena vaikuttimena on tekeillä oleva sote-uudistus. Myös pääministeri Juha Sipilän asettaman ja sosiaali- ja terveystieteiden professori Juho Saaren luotsaaman eriarvoisuustyöryhmän maaliskuussa 2018 palauttama loppuraportti kirjoitti keskustelua työryhmän ehdottamista toimista eriarvoisuuden ehkäisemiseksi ja kitkemiseksi.

Valtaa tarkasteltaessa ja tutkittaessa on muistettava, että modernissa yhteiskunnassa hallintaa tai valtaa ei voi typistää yhteen tai edes kahteen toimijaan. Valta on monikanavaista ja lopulta sen perimmäisiä lähteitä voi olla miltei mahdoton selvittää. Se ei kuitenkaan tee vallan tutkimisesta tarpeetonta. Valta, joka tuottaa merkityksiä, asioihin puuttumista, prosesseja, kirjallisia jälkiä ja elämää (Miller & Rose 2010, 19) on aina tutkimisen arvoista, sillä se muodostaa reunaehdot monille, jos ei kaikille elämämme osa-alueille sekä saa meidät toimimaan, ajattelemaan ja kokemaan asiat tietyillä tavoilla. Se, mikä usein mielletään vapaudeksi tai itsenäisyydeksi, saattaa pitää sisällään aivan jotain muuta. Voidaan puhua säännellystä vapaudesta, jossa ihmisiä vaaditaan vertaamaan sitä,

² Esim. McConachie, Kirsten. 2014. *Governing Refugees: Justice, order and Legal Pluralism*. Abingdon: Routledge.

³ Esim. Satka, Mirja, Leena Alanen, Timo Harrikari & Elina Pekkarinen. 2011. *Lapset, nuoret ja muuttuva hallinta*. Vastapaino: Tampere.

⁴ Esim. Kemshall, Hazel. 2013. *Crime and Social Policy*. Chichester: Wiley-Blackwell

⁵ Esim. Niemelä, Pauli & Lahikainen, Anna-Riitta. 2000. *Inhimillinen turvallisuus*. Vastapaino: Tampere.

mitä he ovat, siihen, mitä he voisivat olla (Rose 1991). Sen lisäksi että kysytään kuka vaatii, on oleellista kysyä myös miten ja ennen kaikkea miksi.

Hallinnan osalta teoreettista tukea tutkielmaani olen saanut Peter Millerin ja Nikolas Rosen (2010) teoksesta *Miten meitä hallitaan?* Teoksessa Miller ja Rose tarkastelevat niitä jäsentyneitä ja jäsentymättömiä lähteitä, joissa elämään puuttumisen pyrkimykset tulevat ilmi. Jäsentyneinä lähteinä voidaan pitää tässä tutkielmassa tarkasteltavina olevia poliittisia ohjelmia, suunnitelmia ja strategioita. Miller ja Rose kysyvät, mistä kimmokkeet ihmisten elämään puuttumiseen ovat lähtöisin. He ovat kiinnostuneita muun muassa tiedollisista perustoista, joiden pohjalta väestön elämän haltuunottoon pyrkiviä hankkeita muodostetaan Millerin ja Rosen kanssa jakamikseni mielenkiinnon kohteiksi lukeutuvat myös ne moninaiset julkilausutut tai julkilausumattomat käsitykset ihmisistä, joihin suoria ja epäsuoria toimenpiteitä kohdistetaan. Hallinnan teemoihin yhdistämäni terveyskansalaisuuden käsitteen saralla teoreettista tukea olen saanut Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon teoksesta *Kansalaisuus ja kansanterveys* (2003), jossa kysytään, millä tavoin terveyden vaaliminen ja sairauksien ehkäiseminen nousivat yhteiskunnallisiksi kysymyksiksi ja tulivat julkisen vallan toimenpiteiden kohteiksi.

Tämän tutkielman teoreettis-metodologiset ratkaisut pohjautuvat sosiaalisen konstruktionismin perinteeseen. Lähtökohtanani tässä tutkimuksessa on, että todellisuus on kielellisesti rakentunutta ja tulkinnanvaraista. Todellisuus on konstruoitunut eli rakentunut tulkintaan liittyvistä normeista, joiden mukaan ihmiset toimivat arkielämässä. (Alasuutari 1994, 51.) Tutkielmassani tukeudun terveyden sosiologian ja poliittisen sosiologian tutkimusperinteisiin ja teen näkyvämmäksi niitä kontrollin muotoja, joilla elämäntapoihin vaikutetaan. Näkökulmanani toimivat hallinnan ja terveyskansalaisuuden teemat, joista olen analyysissäni muodostanut vastuun, tiedon ja asiantuntijuuden, uhan ja välittämisen diskurssit. Sekä tutkielman kiikareina toimivat hallinnan ja terveyskansalaisuuden näkökulmat, että analyysissäni esille nostamat diskurssit niveltyvät osaksi suomalaista 2010-luvun terveystaloutta. Asiakirja-aineistonani toimivat pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma, toimintasuunnitelman puolivälin tarkistus ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja eriarvoisuuden vähentämisen kärkihankkeen hankesuunnitelma sekä hakuilmoitus. Kärkihankkeen sisällä mielenkiinnon kohteena on etenkin *hyvät käytännöt pysyvään käyttöön*-projekti, johon kuuluu kuusi erisäältäistä ja eri väestöryhmiin kohdistuvaa valtionavustushanketta. Tutkielmani lähestymistapa on teoriaohjautuva ja analyysissäni olen hyödyntänyt sisällönanalyysia ja analyttistä diskurssianalyysia. Asettamiani tutkimuskysymyksiä on kaksi:

Mitä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä diskursseja aineistosta nousee esille. eli mikä on suomalaisten terveyspoliittisten linjausten fokus?

Miten kansalaisten terveyskäyttäytymistä hallitaan aineistossa esiintyvien terveysdiskussien keinoin?

Seuraavassa luvussa tarkastelen sitä, mitä terveydellä tarkoitetaan, miten sitä on pyritty haltuunottamaan ja miten sitä ohjataan. Luvussa esitellään terveyskansalaisuuden käsite ja sen keskeiset piirteet. Teemat yhdistyvät suomalaiseen hyvinvointivaltioon ja niveltävät lopulta osaksi tämän tutkielman päänäkökulmaa, hallintaa. Luvun lopuksi tarkastellaan suomalaisen terveyspolitiikan mahdollisia tulevaisuuden haasteita.

2. Suomalaisen terveystalitiikan perinteet

Sosiaali- ja terveystalitiikan professori Juho Saaren (2011,74) mukaan suomalaisen yhteiskunnan institutionaalista rakennetta kutsutaan hyvinvointivaltioksi. Saaren mukaan sana *valtio* viittaa julkisen vallan perustavanlaatuiheen vastuuseen kansalaistensa hyvinvoinnin takaajana ja mahdollistajana. Sana *valtio* sisältää velvoitteen, jonka mukaan sen on taattava kohtuullinen hyvinvoinnin taso kaikille kaikissa tilanteissa sekä myös mahdollisuuksia hyvinvoinnin lisäämiseen. Pohjimmiltaan hyvinvointivaltion toiminta on Saaren mukaan resurssien keskitettyä uudelleenjakoa, joka tapahtuu poliittisesti määriteltyjen reunaehtojen ja kriteerien sisällä. Keskitettyyn uudelleenjakoon liittyy vahvasti sosiaalipolitiikka, joka on hyvinvoinnin lisäksi hyvän elämän, elämänlaadun sekä onnellisuuden politiikkaa. Sosiaalipolitiikka pureutuu ennen kaikkea yhteiskunnan ongelmiin ja tavoittelee hyvinvointia estävien tekijöiden vähentämiseen ja ehkäisyyn. Aikanaan sosiaalipolitiikalta odotettiin enemmän perusturvallista, kaikille yhtäläisesti jaettavaa hyvinvointia. Nykyään siltä odotetaan yhä enemmän yksilökohtaisia hyvinvointia tuottavia kokemuksia ja elämyksiä. Politiikan valjastaminen subjektiivisen hyvinvoinnin tukemiseen ja henkilökohtaisten tavoitteiden tavoittelemiseen kuvaa hyvin nyky-yhteiskunnan arvoja ja toimintatapoja. (emt. 131–133.) Voidaan kuitenkin kysyä, kuuluuko yksilöllisten elämysten tuottaminen sosiaalipolitiikkaan alkuunkaan, vai onko sen perimmäinen tarkoitus aivan jokin muu.

Kuten Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä (2000, 12–13) tämän vuosituhatosen alussa kirjoittivat, suomalaista sosiaalipolitiikkaa kuvaa hyvin julkisen vallan keskeinen asema. Koulutus, terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat pääosin julkisen vallan tuottamia, rahoittamia ja valvomia. Julkisen vallan asemaa kuvaa hyvin se, miten vuonna 2000 kirjoittajat eivät nähneet seurakuntien tai esimerkiksi järjestöjen tai yritysten olevaan millään lailla vaihtoehtoisia palveluntuottajia hyvinvointivaltion tärkeimmillä palvelualoilla (emt.,). Nyt, vuonna 2019, tilanne on hyvin erilainen ja esimerkiksi terveydenhuollon kentälle ovat sote-uudistuksen myötä astumassa myös monet muut vaihtoehtoiset palveluntuottajat.

Hyvinvointivaltion lisäksi tai sen sijaan voitaisiin puhua myös hyvinvointiyhteiskunnasta, joka laajentaa hyvinvoinnin tuottamisen koskemaan myös kansalaisyhteiskunnan toimijoita, kuten järjestöjä (ks.s. 60). Juho Saaren (2005, 35) mukaan esimerkiksi poliittisessa päätöksenteossa ja ministeriöiden strategisessa suunnittelussa käytetään hyvinvointivaltion käsitteen sijaan hyvinvointiyhteiskunnan käsitettä. Hyvinvointiyhteiskunnan käsitettä on käytetty jo Harri Holkerin (1987–1991) hallituksen ohjelmassa sekä Paavo Lipposen (1995–1999) ensimmäisen hallituksen

ohjelmassa, jossa muun muassa erilaisia leikkauksia perusteltiin oikeudenmukaisuudella, reilulla ja tehokkuudella. Saaren mukaan näitä kolme perustetta ei ole sittemmin arvioitu. Tutkielmani aineistossa reiluus, oikeudenmukaisuus ja tehokkuus olivat hyvin keskeisiä ja ne läpäisivät kaikkia kärkihankkeen eri osa-alueita.

Saari esittelee *Hyvinvointivaltio – Suomen mallia analysoimassa* (2005, 35–38)- teoksessaan eri vuosien hallitusohjelmia ja 1960-luvulta alkaen ja toteaa, että ennen Vanhasen hallitusta (2003–2007) ei mainita käsitettä hyvinvointivaltio. Saaren mukaan hallitusohjelmia kirjoitettaessa yksittäisillä motivoivilla käsitteillä ei ole suurta merkitystä ja hyvinvointivaltio voi olla pelkkä ”retorinen lapsus”, jota ei ole huomattu poistaa. Hänen mukaan politiikka-asiakirjoissa käytettyä hyvinvointiyhteiskunnan käsitettä voi puoltaa siten, että se on vähemmän ristiriitoja luova käsite kuin hyvinvointivaltio joka kiinnittää huomion valtioon ja sen resursseista käytävään kamppailuun. Hyvinvointiyhteiskunnan käsitteen ongelmaksi hän näkee kuitenkin yhteiskunnan institutionaalista rakennetta uudistavan ja ylläpitävän toimijan puuttumisen. Toisin sanoen, hyvinvointiyhteiskunnassa ”kaikki” – siis ei kukaan – kantavat vastuun (emt.). Hyvinvointiyhteiskunnan ja hyvinvointivaltion välisiä eroja tarkasteltaessa puhutaan usein myös valtion ja markkinoiden välisestä suhteesta: ohjaileeko valtio markkinoita vai toimivatko ne ”vapaasti” (ks. esim. Lane & Mæland 1998)?⁶

Samaan dilemmaan törmäsin myös omassa analyysissäni (ks.s. 73). Juha Sipilän hallituksen kärkihankesuunnitelmissa puhuttiin sekä hyvinvointivaltiosta että hyvinvointiyhteiskunnasta, joka sinällään vahvistaa Saaren näkemystä käsitteiden vähäisestä merkityksestä tai niiden käytön ”löyhyydestä”. Jaan Saaren näkemyksen käsitteiden löyhästä käytöstä, mutta diskurssianalyttisen tutkimustapani mukaisesti näen yksittäisillä käsite- ja sanavalinnoilla olevan paljon merkitystä myös kärkihankeohjelmien kaltaisissa teksteissä.

Kuten ylempänä mainitulla hyvinvointivaltion käsitteellä, myös terveyden käsitteellä on olemassa monenlaisia määritelmiä ja erilaisia painotuksia. Esimerkiksi maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila.⁷ Tämän määritelmän mukaan terveys tarkoittaa siis sairauden poissaoloa, jolloin käsite terveys määrittyy aina epäsuorasti. WHO:n tekemää terveyden määritelmää on kritisoitu, sillä täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa on luultavasti mahdotonta edes saavuttaa. Terveyden

⁶ Lane, Jan-Erik & Mæland Reinert. ”Welfare States or Welfare Societies?” *Statsvetenskaplig tidskrift* Vol 101 nr 2 (1998)

⁷ WHO. *Constitution of the World Health Organization*. 2006.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

käsite onkin laajentunut ja usein sen saralla puhutaan esimerkiksi kokemuksen merkityksestä. Tällä viitataan yksilön itsemäärittelyyn oman terveytensä, hyvinvointinsa ja hyvän olon tunteidensa määrittelyssä. Myös sairaanhoidon tekniikassa tapahtunut kehitys on laajentanut terveystieteitä. Nykyään on mahdollista määritellä sairauksia, joita ei ole ennen pystytty havaitsemaan, saati hoitamaan. (Helén & Jauho 2003, 25–26.)

Sairaanhoidon tekninen kehittyminen ja sen myötävaikutus lääketieteen korostuneeseen asemaan ruumiin normittajana on merkinnyt yhteiskunnan läpikotaista lääketieteellistymistä. Kehitys on ollut kaksisuuntaista, sillä osaltaan yhteiskunnan lääketieteellistyminen on johtanut myös entistä tarkempaan ruumiin määrittelyyn. Nykylääketieteen menetelmin ihmisten ruumiillisuutta pystytään mittaamaan monin tavoin. Tämä puolestaan on nostanut esiin esimerkiksi normittamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä siitä, miten terveys määritellään, kenellä on oikeus normittaa ja mistä lääketiede saa oikeutuksensa. (Itkonen 1994, 12–13.) Samalla kun terveystieteet laajenee, pakenee se pyrkimyksiä määritellä itseään siten, että se olisi politiikanteossa vakaa ja selkeä käsite. Näin ollen esimerkiksi oikeuksiin perustuva terveystieteellisyys ei nojaa erityisen pysyviin tai tarkkoihin kriteereihin. (Helén & Jauho 2003, 25–26.)

Terveyden ja terveystieteellisuuden määritelmien sijaan monet terveystieteelliset ja terveyden mittaamisen tavat ovat hyvin pitkälti vakiintuneita. Vakiintuneita terveystieteellisiä ja terveyden mittaamisen tapoja tarkastelemalla voidaan havainnoida terveyden kannalta keskeisinä pidettyjä kriteereitä. Suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin mittaamiseen hyödynnetään useasti esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) käyttämiä hyvinvointi-indikaattoreita, joilla mitataan sitä, mitkä tekijät vaikuttavat väestön hyvinvointiin ja millä tavoin väestön hyvinvointi tai pahoinvointi ilmenee. Esimerkiksi ravintoindikaattoreilla kartoitetaan kuluttajien käyttämän maidon tai leivälle laitettavan rasvan laatua sekä kasvien tai suolan käyttöä. Indikaattoreilla voidaan kartoittaa myös tupakointia tai tupakansavulle altistumista ja päihteiden, kuten alkoholin tai huumausaineiden käyttöä. Indikaattorit kuvaavat objektiivisten asiantilojen lisäksi myös subjektiivisia kokemuksia, joita voidaan mitata esimerkiksi kysymällä millaiseksi yksilö itse kokee tämän hetkisen terveydentilanteensa. (Perttilä, Orre, Koskinen & Rimpelä 2004; ks. myös Uusitalo 2011, 276–277.)

Objektiiviseen mittaamiseen kuuluu esimerkiksi edellä mainittu alkoholin kulutus, vyötärönympäryksen mittaaminen tai vaikkapa painoindeksi (body mass index, BMI), joka lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan neljäsosa

työikäisistä aikuisista lukeutuu ylipainoisiin. Väestöllisiä eroja on löydettävissä sekä alueellisten että sosioekonomisten tekijöiden, kuten koulutustason mukaan. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla asuvilla ylipainoisuus on harvinaisempaa kuin muualla Suomessa ja korkeasti koulutetuilla ylipainoisuus on harvinaisempaa kuin vähemmän koulutetuilla. Kansainvälisesti vertailtuna suomalaisten lihavuus on yleisempää kuin muualla Euroopassa ja muissa Pohjoismaissa Islantia lukuun ottamatta. (THL 14.9.2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriön eli STM:n sosiaali- ja terveystietomuksen (2010,4) mukaan sosiaaliryhmien välisten terveyserojen tärkeimmät syyt löytyvät elinoloista- ja tavoista, kuten alkoholinkäytöstä, tupakoinnista, ravitsemuksesta ja liikunnasta. Kertomuksen mukaan elintapojen erot kytkeytyvät monenlaisiin tekijöihin, kuten yksilöiden tietämykseen terveyteensä vaikuttavista tekijöistä sekä perinteisiin, arvoihin ja sukupolvelta toiselle siirtyviin käyttäytymismalleihin. Vuonna 2010, jolloin STM:n viimeisin sosiaali- ja terveystietomus julkaistiin, työllisyystilanteessa oli tapahtunut nopeaa ja voimakasta heikkenemistä joka aiheutti suuren haasteen väestön terveyden ylläpitämiselle ja terveyserojen vähentämiselle (emt.). Tämän pro gradu-tutkielman kirjoittamisen aikoihin työllisyystilanne on kuitenkin parantunut⁸ ja valtioneuvoston mukaan⁹ työllisyysasteen trendi hipoo Juha Sipilän hallituksen tavoitteeksi asettamaa 72 prosentin tasoa. Seuraavaksi tarkastelen suomalaisen terveystietomuksen historiallisia kehityskulkuja ja sitä, mitä terveystietomuksella tarkoitetaan.

2.1 Väestön terveyden haltuunoton historia ja sen ohjailemisen nykytilanne

Terveyden edistäminen ilmiönä on ollut olemassa vuosisatojen ajan, mutta sitä ovat aiemmin määritelleet hyvin erilaiset tekijät kuin nykyään. Tapa, jolla terveyden edistämistä tänä päivänä luonnehditaan, kehittyikin vasta 1970- ja 1980-luvuilla. (Tervonen-Gonçalves 2013, 30.) Tähän kehitykseen on vaikuttanut 1700-luvulla alkanut hygienian, eli terveydenhuollon ja sairauksien ennaltaehkäisy, yhteiskunnallinen politisoituminen (Helén ja Jauho 2003, 8). Hygienian, sekä esimerkiksi urbaanin kehityksen vaaliminen ovat hyvin keskeinen osa terveyden edistämisen

⁸ Tilastokeskus 21.12.2018. Työttömyysaste laski marraskuussa vuoden takaiseen verrattuna.

https://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2018/11/tyti_2018_11_2018-12-21_tie_001_fi.html . Noudettu 21.1.2019.

⁹ Valtioneuvoston verkkosivut 24.7.2018. https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1410877/ministeri-lindstrom-hallituksen-110-000-hengen-tyollisyystavoite-saavutettu . Noudettu 21.1.2019.

historiaa (Tervonen-Gonçalves 2013, 30). Kansanterveystyön keskiössä oli yleisen puhtauden strategia: yleinen liikekannallepano kaikkea epäjärjestyä vastaan (Warsell, 2004, 423).

Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon (2003, 20) mukaan suomalaisen terveystalouden kehittämisessä keskeisinä tekijöinä pidetään sairaalalaitosten rakentamista sekä sitä 1960–1970 lukujen aikaan seurannutta kansanterveysajattelun nousua, jossa korostetaan ennaltaehkäisyä ja avoterveydenhuoltoa. Kansanterveystyön historiallisessa kehityskulussa puolestaan keskeistä on 1800-luvulla tapahtunut valtion voimakas paneutuminen tarttuvien tautien, kuten tuberkuloosin ehkäisemiseen (Helén & Jauho 2003, 20) ja näiden tarttuvien tautien lyöminen 1900-luvun alussa (Harjula 2007, 8). 1800-luvulla tapahtuneen tarttuviin tauteihin paneutumisen myötä kehittyi työväenjärjestöjen terveysvalistusliike, joka muodostui merkittäväksi kansanterveystyön edistymisen kannalta. Tarttuvien tautien lyömiseen lisäksi 1900-luvun merkkipaaluna voidaan pitää alkuvuosikymmenellä vallinnutta kiinnostusta mielisairauksia, ”julkisen talouden raskaita” kohtaan sekä kansanterveystyön tipahtamista kansalaisyhteiskunnan, kuten järjestöjen harteille 1960-luvulla. (Helén & Jauho 2003, 20–24).

Edellä mainittujen sairauksien torjunnan ja parantamisen lisäksi julkinen terveydenhoito piti sisällään myös sosiaalisen luonteen. Niin kutsuttu sosiaalihygieniä nähtiin ratkaisuna teollistumisen aiheuttamiin ongelmiin ja siten terveystaloudelliset kysymykset liitettiin osaksi työväenluokkaa koskevia kysymyksiä. Käytännön tasolla tämä tarkoitti muun muassa työväestön työ- ja elinympäristöjen siistimistä (Eml., 24–45), sillä esimerkiksi siveettömyyden, juoppouden tai lapsikuolleisuuden ajateltiin kehittyvän surkeiden kotiolojen seurauksena (N.J. Arppe ref. Harjula 2007, 36).¹⁰ Sosiaalilääketieteen tehtävät eivät kuitenkaan rajoittuneet työväenkysymyksen ratkaisuun, vaan sillä vaalittiin kansan elinvoimaa yleensä ja samalla lääketieteellisistä instituutioista, käytännöistä ja asiantuntemuksesta muodostui osa yhteiskunnallista järjestyksenpitoa. Terveydenhoidon sosiaalisuudella yksilö liitettiin myös yhteisöön. (Helén & Jauho 2003, 8, 24–45.)

Hyvinvointivaltion kehittyminen johti julkisen terveydenhoitojärjestelmän ja kansanterveystyön yhdistymiseen 1950- ja 1960-lukujen taitteessa. Ennaltaehkäisyn merkitys kuitenkin korostui, sillä sairaalakustannusten ajateltiin olevan liian suuria yhteiskunnalle. 1960- ja 1970-lukujen terveystaloudelliseksi uudistuksiksi voidaan lukea muun muassa 1964 voimaan tullut sairausvakuutuslaki sekä vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki. Sairausvakuutuksen avulla kansalaisia ohjattiin avoterveydenhuollon piiriin ja kansanterveystalouden avulla avoterveydenhuollon

¹⁰ Piirilääkäri N. J. Arppe ”Työväenkysymys ja terveydenhoito”. *THL* 3/1907, 40.

palvelut tuotiin kaikkien kansalaisten ulottuville ja terveystalouden painopiste tuotiin ennaltaehkäisyyn (Helén & Jauho 2003, 24–28). Terveyskeskusjärjestelmä oli saanut alkunsa (Harjula 2007, 8). Hyvä esimerkki kansanterveystyön synnyttämistä ”jokaiselle oikeus julkiseen terveydenhoitoon”- ilmiöistä on äitiys- ja lastenneuvolakäyntien yhteenliittäminen. Naisväestön velvoittaminen sekä terveysvalvonnan piiriin tuominen muodostivat ajan myötä etuudet – äitiyspakkauksen ja raha-avustuksen – jotka nykyään nähdään ennemminkin sosiaalisina oikeuksina kuin velvollisuuksina. (Helén & Jauho 2003, 24–28.)

Vaikka kansanterveystyö muodostuikin sairaalalaitosta epäsystemaattisemmaksi ja kolmannen sektorin vastuualueeksi, on se kuitenkin suomalaista julkista terveydenhoitoa, terveystaloutta, biopolitiikkaa ja yhteiskunnan hallintaa tarkasteltaessa keskeinen terveyden yhteiskunnallistumisen alue. Kansanterveystyö oli suomalainen muunnos länsimaisesta yhteiskuntahygienian edistämishankkeesta ja sinällään se toi biopolitiikan eli vallan mekanismeissa tapahtuvat ja elämään suuntautuvat teknologiat, osaksi sairaanhoitoa, sillä se muodosti terveydenhoidon kohteeksi sairaiden lisäksi myös sosiaaliset prosessit ja suhteet, joita ohjattiin ja valvottiin sairauksien ennaltaehkäisyssä. Samalla terveydestä muodostui yksilön yhteiskunnallisen arvon mitta. Tämä mitta toi yksilön elämään erilaisia oikeuksia ja velvollisuuksia sekä toiminnan rajoitteita (Emt.). Vähenevää kuolleisuutta puolestaan pidettiin terveystalouden yhteiskunnallisen onnistumisen mittana (Harjula 2007, 13).

Voidaan sanoa, että kansanterveysajattelusta muodostui hyvinvointivaltion terveystalouden suunnannäyttäjä jonka myötä esimerkiksi kuntoutustoiminta ja muut yleisen terveyden edistämisen ja ylläpitämisen muodot nousivat uudella tavalla osaksi kansalaisten arkea. Kansanterveysajattelu muutti myös käsitystä väestöstä ylipäätään. Väestön sisällä ilmenevät terveyserot nostettiin keskiöön ja alettiin puhua yksilöiden ja ryhmien terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin viittaavista terveysriskeistä. Terveystaloutta alkoivat ohjata sekä oikeudet että velvollisuudet jotka vaativat kansalaisia huolehtimaan omasta terveydestään. Samaan aikaan terveyden käsite laajeni ja sillä alettiin tarkoittaa moninaisia hyvinvoinnin rakennusaineita ja yksilöllisiä voimavaroja. (Helén & Jauho 2003, 27.)

Vaikka tässä luvussa suomalaisen terveystalouden omaleimaiset elementit korostuvatkin, ei suomalainen terveystaloutta ole syntynyt tyhjiössä, vaan sen kehittymiseen ovat vaikuttaneet lukuisat kansainväliset trendit, suositukset ja sopimukset. Esimerkiksi vuonna 1977 Neuvostoliitossa järjestetty Alma-Ata-konferenssi ja siitä syntynyt *Terveyttä kaikille (Health for All)*-julistus korosti valtioiden vastuuta kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin turvaamisessa. Tärkeänä voidaan pitää

myös Kanadan Ottawassa vuonna 1986 pidettyä kansainvälistä konferenssia, jonka seurauksena terveyden edistämisen perussäännöt koottiin. Sen keskeisiin periaatteisiin kuuluu terveyden edistäminen poliittisissa päätöksissä, yhteisöllisen toiminnan lisääminen, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, terveyspalveluihin liittyvä uudelleenorientoituminen sekä yksilöllisten taitojen kehittäminen. (Tervonen-Gonçalves 2013, 30–32.)

Laajassa mittakaavassa kansanterveyden edistäminen on kokenut muutoksen yksilökeskeisestä yhteisökeskeiseen. Leena Tervonen-Gonçalvesin (2013) väitöskirjan mukaan on tapahtunut siirtymä vanhasta kansanterveyden edistämisestä uuteen, ympäristötekijöitä korostavaan ja modernimpaan kansanterveyden edistämiseen. Vaikka suomalaisen terveystalouden huippuna on pidetty Suomen nousua 1980-luvulla WHO:n nimeämäksi terveydenhuollon edelläkävijämaaksi (Kuuskoski-Vikatmaa 1984, 2-3 ref. Harjula 2007, 8) ¹¹ei terveystaloudella kuitenkaan ole tullut valmiiksi, vaan alati kansainvälistyvässä maailmassa ideat ja vaikutteet kulkevat puoliin ja toisiin muovaten terveystaloutta aina uudestaan.

2.2 Terveystaloudellisuus

Useimmiten taloudellisuus määritellään joko oikeuksien tai kansakuntaan kuulumisen kautta. Näin on myös terveystaloudellisuudessa, joskin nykyään taloudellisuuden ja terveydenhoidon välinen yhteys hahmotetaan usein yksittäisten kansalaisten oikeuksien kautta. (Helén & Jauho 2003, 14.) Terveystaloudellisuuden perustana on elämän hallinta, joka voidaan linkittää ranskalaisen historioitsijan ja filosofin Michel Foucault'n (1926–1984) kehittämiin käsitteisiin, kuten biopolitiikkaan. Biopolitiikalla tarkoitetaan elämään ja kehoon sekä konkreettisesti että symbolisesti kohdistuvaa vallankäyttöä, ”elämän politiikkaa”. Voidaan esimerkiksi sanoa, että taloudellisuus terveydenhoidon saralla on biopolitiittista. Toisaalta hallinnan rationaalisuus tai hallinnallisuus (*gouvernementalité*) on myös muovannut taloudellisuutta (emt.).

Ilpo Helénin ja Mikko Jauhon (2003, 16) mukaan biopolitiikka määrittelee taloudellisuutta kolmella eri ulottuvuudella. Näihin kolmeen ulottuvuuteen kuuluu kansan kokemuksen hahmottaminen, kansalaisen määrittäminen sekä itsekasvatus. Etenkin itsekasvatukseen ja itsen kontrolliin liittyvä ulottuvuus on kiinnostava, sillä se yhdistää samalla sekä liberalistisen vapauksien etiikan että velvollisuuksien etiikan. Foucault (1998, 132–137) kutsuikin tätä itsehallintaa etiikaksi. Yksilön

¹¹ Kuuskoski-Vikatmaa, Eeva. 1984. ”Terveydenhuollon haasteista”. *Sosiaalinen Aikakauskirja* 3/1984, 2-3.

itsehallintaan, ohjaukseen tai kehittämiseen liittyviä tarkoituksiperiä, metodeja ja tekniikoita voidaan kutsua myös subjektiviteetin teknologioiksi, jotka voivat kohdistua itsen sijasta myös toisiin (Miller & Rose 2010, 16).

Itsen tarkkailuun ja kontrollointiin liittyy 1900-luvun alun hygieniavalistuksen myötä muodostunut itsen karaisun ja hallinnan kansalaishyve, sekä elinvoimaisuutta valvovien poliittis-tekniisten käytäntöjen hienovaraistuminen 1900-luvun jälkimmäisellä puoliskolla. Väestö on kuitenkin asettunut valtiolle vaurautta kuvaavassa ominaisuudessa hallitsemisen tärkeimmäksi kohteeksi jo 1600- ja 1700-luvuilla kansallisvaltioiden kehittymisen aikoihin. Tuolloin myös poliisihallinto sai muotonsa. Aikojen saatossa kansalaisuuden mitta on hiljalleen alkanut syntyperän sijaan määrittyä esimerkiksi biologisten ominaisuuksien ja ruumiin kykyjen mukaan. (Helén & Jauho 2003, 18.) Ruumiin kyvykkyyteen perustuvat normit ovat nähtävissä tänäkin päivänä, joskin esimerkiksi ruumiin ulkonäköön kohdistuvat ihanteet vaihtelevat aikojen saatossa. Usein ruumiin ulkomuodosta tehdään myös johtopäätöksiä ruumiin kyvykkyydestä.

Kansakuntaan kuulumisen näkökulmasta terveyskansalaisuudella on kaksi merkitysulottuvuutta, joista ensimmäinen muodostuu tavoitteista kansalaistaa jokainen yksilö terveydenhoidon nimissä. Ensimmäisessä terveyskansalaisuuden merkitysulottuvuudessa on kyse ennen kaikkea henkilökohtaisen terveydenhoidon sanoman laajasta levittämisestä suurille väestöryhmille, toisin sanoen kansanterveystyön valistuksellisesta puolesta. Etenkin 1900-luvun alkupuolella yksilön velvollisuus kansakuntaa kohtaan korostui terveyden ylläpitämisen henkilökohtaisissa vaateissa. Toiseen terveyskansalaisuuden merkitysulottuvuuteen kuuluu kansanterveyden nimissä tapahtuvat pyrkimykset eriarvoistaa kansalaisia. Siinä on kyse toiminnasta, jonka avulla julkinen valta ja sen edustajat, kuten lääkärit tai muut terveysammattilaiset- ja asiantuntijat, ryhmittelivät kansalaisia esimerkiksi normaaleihin tai sairaalloisiin. Tämän toiminnan pohjalta yksilöitä ja ryhmiä kontrolloitiin ja heidän elämiinsä puututtiin. (Helén & Jauho 2003, 14–15; ks. myös Warsell 2004, 419–427.)

Yksinkertaisimmillaan terveyskansalaisuus voidaan hahmottaa janana, jolloin yksilö määrittyy enemmän tai vähemmän kansalaiseksi. Poissulkemisen sijaan ”vajaakelpoisia” tai ”vähemmän kansalaisia” ei työnnetä ulkopuolelle. Heidät esimerkiksi eristetään, heitä alistetaan tai heille tarjotaan erityistä hoivaa. Samanaikaisesti kansalaisten luokitteluun ja ryhmittelyyn liittyvät käytännöt muuttuvat rutiininomaisiksi ja arkipäiväisiksi. (Helén & Jauho 2003, 15.) Kiinnostavaa on etenkin hoidon, eikä niinkään palvelujen tarjoaminen ”vajaakelpoisille” kansalaisille. Asiakasnäkökulma, eli

hoidon ja toimenpiteiden kohteen näkökulma, on jäänyt piiloon (Warsell 2004, 419). Hoidossa, toisin kuin palvelussa, asiakas tai potilas on myös määritellymmän toimenpiteiden kohde. Usein hoidon yhteydessä puhutaankin potilaasta, kun taas palvelujen yhteydessä puhutaan asiakkaasta. Tämä näkyy myös tarkastelemissani asiakirjoissa.

Ajatus kaikkien oikeudesta terveyteen liittyy terveyskansalaisuuteen oleellisesti ja yksilön oikeus terveyteen on ollut merkittävä tekijä terveyden yhteiskunnallistumisen ja politisoitumisen kannalta. Ajatus on vaikuttanut myös valtion velvollisuuteen vaalia kansalaistensa terveyttä. Oikeus terveyteen on kuitenkin vaihteleva, sillä se liittyy konkreettisiin palveluihin ja etuuksiin, jotka ovat historiallisesti muuttuvia. Oikeudet voivat olla myös kiistanalaisia ja moniselitteisiä sosiaalisia oikeuksia. Terveysoikeuksista keskusteltaessa on muistettava, että vaikka kansalaisilla on oikeus terveyteen, kansalaisuuden käsite itsessään on moniselitteinen. (Helén & Jauho 2003, 25–26.)

Epämääräisyys ja moniselitteisyys liittyy siis moniin eri terveyden osa-alueisiin. Kuten tämän luvun alussa pohdin, myös terveyden käsite itsessään on häilyvärajainen. Kaiken kaikkiaan terveys voidaan nähdä poliittisena kysymyksenä, sillä sen suhteen voidaan kysyä kuka ja ketkä ansaitsevat terveyden ja ketkä eivät (Warsell 2004, 426). Näissä keskusteluissa tulevat esiin kysymykset kansalaisuudesta ja kansakuntaan kuulumisesta, sekä myös yksilön elinvoimaisuudesta (Helén & Jauho 2003, 26).

2.3 Suomalainen terveystalitiikka tänään

Suomalainen terveystalitiikka sekä julkinen terveydenhoito ovat suurten haasteiden edessä. Haasteet liittyvät hyvinvointijärjestelmän perustavanlaatuiiseen ongelmaan, siihen, miten rajallisilla voimavaroilla voidaan vastata rajattomiin tarpeisiin. Oman haasteensa tuo myös lääketieteellisen tekniikan valtaisa kehittyminen, joka teoriassa antaisi alati uusia mahdollisuuksia sairauksien hoitoon. (Helén & Jauho 2003, 30–32.) Kuten edempänä on jo mainittu, sisältää lääketieteellisen tekniikan kehittyminen silti monia eettisiä ongelmia.

Rajallisten voimavarojen lisäksi osansa on myös 1980-luvun loppupuolella nousseella yhteiskuntapolitiikan muutoksella kohti uusliberalistista suuntaa. Suunnanmuutos on tarkoittanut hyvinvointipalvelujen laajenemisen päättymistä sekä kustannustehokkuuden nousemista julkisen talouden keskiöön. Kukkaronnyörien kiristäminen terveydenhuoltomenojen osalta uhkaa etenkin marginaaliryhmiä, kuten sosiaalihuollon varassa olevia, vanhuksia sekä mielenterveysongelmaisia.

(Emt., 2003, 30–32) ja herättää kysymään, kenen sairauksien hoitoa pidetään ensisijaisena (ks. esim. Warsell 2004, 426). Tuoreempien tutkimusten ja kansainvälisten vertailujen mukaan suomalainen nykyterveydenhuolto onkin yksi eniten rikkaita suosivista järjestelmistä (Keskimäki 2010 ref., Harjula 2015, 14). Toisaalta tämän tutkielman aineistona olevissa asiakirjoissa näkyy mielenkiintoisella tavalla korostus heikommassa asemassa olevien terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseen (ks.s.60).

Terveydenhuoltomenojen osalta on tavallista puhua priorisoinnista ja siitä, kenen sairauksien hoito on ensisijaista. Helénin ja Jauhon (2003, 30–32) mukaan muodostumassa onkin uusi biopoliittinen asetelma sekä terveystalouden hierarkia. Samalla julkisen sosiaali- ja terveyshallinnon automaattisesti takaamat ja toimeenpanemat sosiaaliset oikeudet ovat muuttuneet olemukseltaan sellaisiksi, että kansalaisten on itse vaadittava ja valvottava oikeuksiensa toteutumista. Minna Harjulan (2015, 359) mukaan eriarvoistuminen niin palveluntuotannossa kuin kustannustasauksessakin on alettu ikään kuin hyväksyä. Hänen mukaansa terveyden yhteiskuntasopimuksen perustaa on alettu 1990-luvulla määritellä uudella tavalla, jolloin valtion vastuiden vähittäinen purkaminen alkoi.

Yksi tämän päivän julkista terveydenhoitoa kuvaava piirre on myös erikoissairaanhoidon korostuminen, joka osaltaan kuljettaa resursseja pois esimerkiksi marginaaliryhmiin kuuluvien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoidosta. Erikoistuva ja teknistynä erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto ovat vastakkain tilanteessa, jota voidaan pitää kaikin puolin haasteellisena. Seurauksena on, että kustannuksia hillitään säilyttämällä sairauksien ennaltaehkäisyn vastuuta kansalaisille itselleen. Tällöin oikeus saada hoitoa sekä yksilön vaikeudet pitää huolta terveydestään asettuvat toisiaan vastaan. (Helén & Jauho 2003, 30–32.)

Ihmisten henkilökohtaiset elämänarvot, toiveet ja tavoitteet voivat joutua ristiriitaan oman elämän ulkopuolelta tulevien määräysten ja normien kanssa. Yksilön oma elämänhallinta voi myös olla ulkopuolelta tulevien vaatimusten kannalta riittämätöntä. Vaatimusten osalta terveyteen ja hyvinvointiin vetoaminen voi vaikuttaa arvovapaalta, jos unohdetaan se, miten terveys itsessään on rakennettu itsestään selväksi ja ainoaksi oikeaksi päämääräksi. Nämä vaatimukset konkretisoituvat väestön epäsuorassa valvonnassa. Epäsuorassa valvonnassa keskinäinen ruumiiden kontrolli on merkittävässä roolissa, eivätkä valvonnan kohteena ole vain ”poikkeavat kansalaiset”. (Itkonen 1994, 13, 18.)

Lopulta politiikan onnistumista voidaan arvioida kansalaisten hyvinvoinnilla ja hyvinvoinnin edistämistä voidaan pitää sekä suomalaisen yhteiskuntapolitiikan tavoitteena että lähtökohtana.

Käsite hyvinvointi – samoin kuin terveys – on monimuotoinen ja sisältää useita ulottuvuuksia. Nämä hyvinvoinnin ulottuvuudet ovat kiistan aiheita, sillä ne synnyttävät erimielisyyksiä siitä, mitkä ulottuvuudet ovat hyvinvoinnin osalta tärkeimpiä ja mitä hyvinvoinnin tavoittelemisen yhteiskuntapoliittisissa toimenpiteissä käytännössä tarkoittaa. Eri tieteenaloilla hyvinvointitutkimuksen avainkäsitteinä pidetään esimerkiksi resursseja, elintasoa, elämäntapoja sekä elämään tyytyväisyyttä (Saari 2011, 9-10, 18).

Perinteisesti hyvinvointi yhdistetään kuitenkin viime kädessä julkisen vallan toimintaan ja siten yhteiskuntapolitiikkaan. Tällöin ajatellaan kansalaisten muuttavan hyvinvoinnin jakautumisen tapoja edustukselliseen demokratiaan perustuvan poliittisen prosessin keinoin. Tämä käsitys ei kuitenkaan ota huomioon esimerkiksi eri ministeriöiden välisiä voimaeroja, poliittisten puolueiden välillä tapahtuvaa toimintaa tai ryhmäkohtaisia eroja siinä, keiden hyvinvointia pidetään erityisen tärkeänä ja keiden hyvinvointia vähemmän tärkeänä. (Emt.,) Seuraavassa luvussa käyn läpi hallintaa koskevia teorioita ja esittelen analyysini kannalta keskeisen diskurssin käsitteen.

3. Hallinnan teoriaa

Hallinta (*government*) on ihmisten toiminnan ohjaamista ja siksi se kuuluu kiinteäksi osaksi biopolitiikkaa. Keskeistä siinä on etenkin hallintatapa, johon kuuluu yhtäältä hallinnan kohteena olevan toimintaympäristön sääteleminen, toisaalta toimijan itsehallinta osana säädeltyä toimintaympäristöä. Hallintaa voidaan kuvata termillä *conduct of conduct*, jossa *to conduct* viittaa johtamiseen, ohjaamiseen tai opastamiseen ja pitää sisällään myös viitteitä laskelmoiduista tavoista, joilla hallinnan tavat toimeenpannaan. (Dean 1999, 17–18.) Sillä ei tarkoiteta valtion ylintä valtaa käyttävää hallitusta, vaan vallan harjoittamisen tapaa yksilöiden ja kollektiivien käyttäytymisen ohjailussa (Helén 2004, 208–209).

Termin *conduct of conduct* eettis-moraalisuus näyttäytyy reflektiivisessä ilmaisussa *to conduct oneself*, joka sisältää ajatuksen toimijan itsekontrollista ja itsen ohjaamisesta. Tämä itseohjaaminen vaatii toimijalta kykyä erilaisten tilanteiden ja niihin kuuluvien yhteiskunnallisten ja kulttuuristen normien määrittelyyn sekä oman toiminnan yhteensovittamiseen muuttuvien kontekstien mukaan. Näin ollen *conduct of conduct* on laskelmoitua ja rationaalista toimintaa. On muistettava, että tätä toimintaa harjoittavat myös monet auktoriteetit, jotka käyttävät välineinään toimijoiden haluja, uskomuksia ja kiinnostuksen kohteita päästäkseen haluttuihin lopputuloksiin. Täten hallinnan tarkastelun kohteeksi voidaan asettaa esimerkiksi hallintaa toteuttavien tahojen käyttämät hallinnan tekniikat, hallittavien ja hallintaa toteuttavien tahojen luonne sekä hallinnalla tavoitellut tulokset. (Dean 1999, 17–18.)

Hallinnan osalta voidaan puhua hallinnoimisesta, hallinnoinnista ja hallintamentaliteetista (*government, gouverner, governmentality*). Käsitteet ovat peräisin Foucault’n ajattelusta. Hallinnoimisella kuvataan vallankäytön ja niin kutsuttujen totuudentuotannon tapojen muodostamaa kombinaatiota. Se viittaa toimiin, joiden päämääränä on ohjata väestön käyttäytymistä elämänhallinnallisessa mielessä. Hallintamentaliteetilla viitataan muiden hallitsemisen teknologioiden sekä niin kutsuttujen minätekniikoiden kosketuspintaan. (Hänninen & Karjalainen 1997, 8–10.) Käsite ”hallintamentaliteetti” esiteltiin Foucault’n pitämän luennon pohjalta julkaistussa tekstissä *Turvallisuus, alue ja väestö* (1978) (Miller & Rose 2010, 26).

Hallintamentaliteetti voidaan yhdistää erilaisiin kollektiivisen ajattelun muotoihin. Sosiologisesti kiinnostavaa hallintamentaliteetin osalta on esimerkiksi se, miten näennäisesti loogiset hallintatavat pitävät sisällään myös erilaisia ihanteita, arvotuksia, moraalisia jännitteitä tai normituksia. (Dean 1999, 11.) Hallintamentaliteetilla kuvataan sitä hallintakoneiston kollektiivisen ajattelun muotoa,

joka sosiologisessa tutkimuksessa voidaan erottaa poliittisista kytköksistään ja tehdä läpinäkyväksi. Hallintamentaliteetti erotetaan syntymekanismeistaan ja kätkeyistä päämäärästään, jolloin havaitaan, miten todellisuutena pitämämme asiat ovatkin tosien sijaan tuotettuja, totuusefektejä. Hallintamentaliteettia itsessään tuotetaan niin kutsuttujen poliittisten rationalisointien avulla. Poliittisiin rationalisointeihin liittyy vahvasti asiantuntijuuteen ja auktoriteettiin yhdistyviä teemoja. Moninaisten asiantuntijoiden ja heidän tarjoamansa asiantuntijatiedon avulla kansalaisia sitoutetaan hallintakoneiston eli regiimin päämääriin ja tavoitteisiin. Tässä yhteydessä moninaiset puhuvat ja retoriikat asettuvat mielenkiinnon kohteiksi. Niillä on osansa regiimin todellisuutta tuottavana välineistönä. (Miller & Rose 2010, 83, 88–89.)

Vaikuttavilla poliittisilla rationaalisuuksilla on tiettyjä peruspiirteitä. Niillä on ensinnäkin tunnistettava moraalinen muoto, sillä ne esittävät sellaisia keskeisiä periaatteita, kuten tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja elämänlaatu, joiden on määrä ohjata hallitsemiskäytäntöjä. Niillä on myös episteeminen luonteensa, joka tarkoittaa, että ne perustelevat tieteellisellä faktatiedolla. Ne ovat myös idiomaattisia: niillä on omat, vakiintuneet sanastonsa ja ilmaisutapansa. Hallinnan rationaalisuudet ovat myös käännettävissä muihin yhteyksiin, sillä ne ovat muotoutuneet erityistä tarkoitusta varten. Tämä käännettävyys on hallintarationaalisuuksien poliittisen vaikutuksen perusta. (Rose 1991, 24–31, 47–51.)

3.1 Asiantuntijat ja asiantuntijuus hallinnan mekanismeissa

Instituutiot, tiede ja professiot muodostavat kolmijalan, jonka päällä asiantuntijuus lepää. Tiede siksi, että asiantuntijat edustavat tietämisen dominoivia muotoja ja nämä dominoivat muodot ovat rakenteeltaan tieteellisiä. (Schmidt 1986, 30 ref. Eräsaari 2002, 21)¹². Instituutiot siksi, että asiantuntija on määritelmän mukaan luotetun instituution edustaja ja/tai luotettava tiedon kantaja. (Barnes 1982, 234 ref. Eräsaari 2002, 21)¹³. Professiot siksi, että asiantuntijan prototyyppi on byrokraatti joka suorittaa virkaansa liittyviä tehtäviä (Giddens 1995, 118 ref., Eräsaari 2002, 21)¹⁴.

Asiantuntijuudesta kiinnostuneen sosiologian, toisin sanoen professioiden sosiologian, avainkäsitteenä pidetään professiota, jolla tarkoitetaan yhteiskunnallisesti vakiintunutta ja

¹² Schmidt, Lars-Henrik. 1986. *Vetandets politik*. Experiment. Symposium: Stockholm.

¹³ Barnes, Barry. 1982. "Science as Expertise". Teoksessa *Science in Context. Readings in the Sociology of Science*. Barry Barnes & David Edge (toim.) Open University Press: Milton Keynes.

¹⁴ Giddens, Anthony. 1995. "Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa". Teoksessa *Nykyajan jäljillä*. Ulrich Beck, Anthony Giddens & Scott Lash (toim.) Vastapaino: Tampere.

sulkeutunutta asiantuntijakuntaa omine toiminta-alueineen. Asiantuntijan käsitteestä on sosiologien keskuudessa vaihtelevia näkemyseroja. Asiantuntijat on nähty esimerkiksi modernin yhteiskunnan välttämättömänä osana, institutionalisoituina asiantuntijaryhminä, puolueettomina ongelmanratkojina, asemakilpailua käyvinä sosiaalisina ryhminä sekä valtakamppailijoina. (Pirttilä 2002, 13–15.)

Esimerkiksi valtakamppailun osalta yhteiskuntatieteiden piirissä on tarkasteltu sitä, miten valtataistelu suuntautuu sekä toisiin asiantuntijaryhmiin että myös asiakkaisiin. Eri asiantuntijaryhmät voivat esimerkiksi pyrkiä määrittämään ongelman sellaiseksi, että se on ratkaistavissa ainoastaan tämän asiantuntijan avulla. Näin minimoidaan sekä muiden asiantuntijoiden että asiakkaan oman avun tarve. (Emt.,) Avun tarvitsijoihin sekä avun tarpeen määrään ja laatuun liittyviä kysymyksiä pohdin tämän tutkielman välittämistä käsittelevässä analyysiosiossa (ks.s. 60). Kysymykset sivuavat myös tiedon- ja asiantuntijuuden analyysiosiota (ks.s.48), jossa pureudun avoimen asiantuntijuuden ihanteesta kumpuavaan monitieteisyyteen ja poikkiasiantuntijuuteen. Tässä tutkielmassa terveysasiantuntijat nähdään ennen kaikkea valtaa pitävinä ja käyttävinä instituution edustajina ja portinvartijoina, joiden tehtäväkuva suomalaisessa terveydenhuollossa on muutoksessa.

Pääpiirteissään asiantuntijuuteen liittyvä tiedon ja vallan yhteys on vastavuoroista ja yhdistyy empiirisiin ihmistieteisiin kuten sosiaalipsykologiaan. Tieteelliset tutkimukset puolestaan tuottavat tietoa, jota voidaan hyödyntää väestön hallitsemiseen. (Helén 2004, 139–142.) Toisin sanoen tietoa voidaan hyödyntää valtasuhteiden resurssina (Foucault 1980, 139–142). Tiedettä voidaan pitää totuusjärjestelmänä, jossa esimerkiksi erilaisia terveyteen liittyviä väitteitä esitetään (Eräsaari 2002, 239). Näiden väitteiden mukaan ihmiset toimivat ja ikään kuin luovat itse itseään.

Erityisesti lääketieteestä totuusjärjestelmänä on muodostunut vahva sosiaalisen kontrollin muoto. Muodostuessaan se on työntänyt syrjään uskonnon ja kirkon kaltaisia perinteisempiä kontrolli-instituutioita ja samalla sulautunut yhteen lain kaltaisen hallintainstituution kanssa. Tätä kuvastavat objektiivisuutta ja neutraalisuutta edustavat terveysalan ammattilaiset, joilla on usein myös paljon vastuuta ja päätösvaltaa. Näiden terveysalan ammattilaisten, kuten lääkäreiden, valta ei liity poliittiseen valtaan vaan arjen medikalisoitumiseen ja siihen, miten lääketieteestä sekä käsitteistä *terve* tai *sairas* tehdään olemassaolon kannalta olennaisia ja ihmiselämää määrittäviä. Medikalisaatiota ja terveysalan ammattilaisten haltuun ottamaa valta-asemaa voidaan pitää salakavalasti rakentuneina ilmiöinä ja asiaintiloina, jotka ovat muodostuneet ilman suuria havaittavia mullistuksia tai vastustusta. (Zola 1972, 487.)

Tieteestä, politiikasta ja asiantuntijoista keskusteltaessa ei voida myöskään sivuuttaa kysymystä tieteen yhteyksistä ideologioihin. Foucault'n (2005, 240) mukaan tieteelle asetettu kysymys ideologiasta ei koske tilanteita tai käytäntöjä, joita tiede enemmän tai vähemmän tietoisesti heijastaa, peilaa tai kuvastaa. Se ei myöskään koske tieteen mahdollista väärinkäyttöä. Hänen mukaansa kysymys liittyy ennen kaikkea tieteen olemassaoloon diskursiivisena käytäntönä ja sen toimintaan muiden käytäntöjen joukossa. Ideologia ei siis sulje pois tieteellisyyttä, vaikka toiset diskurssit toki antavat enemmän tilaa ideologian juurruttamiseen kuin toiset.

Mielestäni esimerkiksi lääketieteen tai terveyden diskursiivisten käytäntöjen voidaan ajatella tekevän tilaa monille poliittisille ideologioille, sillä niiden avulla erilaisia sairauksia ja ryhmiä määritellään ja asetetaan hierarkkiseen järjestykseen suhteessa toisiinsa. Lääketieteen harjoittamisessa myös kysymykset sairauksien priorisoinnista ovat olennaisia ja siten saattavat määritellä hoidon luonnetta. Esimerkiksi pakolaisten kohdalla kysymykset sairauksien hoidosta ja hoidon kustannuksista ovat hyvin poliittisia. Näkemykseni lääketieteen ideologisesta luonteesta jakaa myös Leena Warsell (2004, 419), jonka mukaan terveyden politiikkaluonne on jäänyt piiloon, kun terveyttä ja sen edistämistä on tarkasteltu ainoastaan terveyssektorin sisältä käsin sen omiin asiantuntijoihin nojaten. Hänen mukaansa kansaa on abortoitu, steriloitu, rokotettu, valistettu ja kontrolloitu ”hyvän” näkökulmasta erilaisten häiriötilojen ja vammojen ehkäisemiseksi.

Tuomaisen, Myllykankaan, Elon ja Ryynäsen (1999, 22–25, 42–43) mukaan medikalisaatio ja yhteiskunnan läpikotainen lääketieteellistyminen on syntynyt siten, että lääketiede on ottanut haltuunsa erilaisia ongelmia diagnosoimalla niitä ja tehnyt kahtiajaon avun tarvitsijoihin ja niihin, jotka eivät kuulu avun piiriin. Esimerkiksi lääkäreille on heidän mukaansa säilytetty patriarkaalinen portinvartijan tehtävä. Ongelmaksi on muodostunut etenkin se, että huomio kiinnitetään yhä pienempiin tekijöihin potilaassa, jolloin yhteys ihmisen kokonaisuuteen katoaa. Medikalisaatio myös säilyttää yhteiskunnallisia ongelmia ja niiden ratkaisemisvaatimuksia yksilölle. Tämä tehtävä on kuitenkin yksilölle mahdoton ja ongelman ratkaisemisen kannalta tehoton (emt.). Ruumiisiin kohdistettua lääketieteellistä vallankäyttöä voidaan kutsua medikaaliseksi biovallaksi. Sen avulla ihmisen toimintaa pyritään voimaperäistämään ja muuttamaan. Medikaalisella biovallalla tarkoitetaan myös terveyden nimissä tapahtuvaa ruumiin toimintoihin sekä elämäntapaan vaikuttamista ja niitä koskevia normeja ja ohjeistuksia. (Helén 2002.) Medikaalinen biovalta pohjautuu Foucault'n käsitteestä *biovalta* ja Irving Zolan käsitteestä *medikalisaatio*. Seuraavassa luvussa käyn syvemmin läpi Foucault'n teoriaa hallinnasta.

3.2 Hallinnan teoriaa foucaultlaisittain

Kuten edempänä jo mainitsin, Michel Foucault'n merkittävyyttä yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle ei voida ohittaa, varsinkaan jos puhutaan valtaan tai hallintaan liittyvistä teemoista. Foucault'n keskeisimmät kontribuutiot yhteiskuntatieteelliselle tutkimukselle liittyvätkin niin kutsuttuun valta-analytiikkaan. Myös hallinnan analytiikan (*analytics of government*) perustukset ovat löydettävissä foucaultlaisesta valta-analytiikasta. (Helén 2004, 206.) Yksi foucaultlaisen valta-analytiikan eli genealogian suurista kysymyksistä on se, kuinka valta tuottaa subjekteja (Hänninen & Karjalainen 1997, 8-10). Foucault'n valta-ajatuksista kumpuavan hallinta-analytiikan keskiössä on se, että se korostaa poliittisen vallan tiedollisia ja rationaalisia ulottuvuuksia, jolloin hallinnan analytiikkaa voidaan pitää poliittisen järjen kritiikkinä (Helén 2004, 201).

Subjektin tuottamisen saralla voidaan puhua biovallasta. Foucault'n (1998, 99–102) mukaan biovallassa on kyse kurivallan ja biopolitiikan sommitelmasta, jossa väestön kontrolli mahdollistuu tiedon ja vallan yhteenliittymän kautta. Toisin sanoen väestön hyvinvoinnista huolehtiminen sekä erilaisten tekniikoiden avulla tapahtuva kehojen hallinta linkittyy vahvasti osaksi tiedon ja totuuden nojalla toimeenpantavaa vallankäyttöä ja väestön elämän laskelmallistamista, ”hallittavaksi tekemistä” (Hänninen & Karjalainen 1997, 21). Valta on biovaltaa, sillä se kohdistuu eläviin yksilöihin ja populaatioihin, sekä sillä viitataan pyrkimyksiin hyödyntää, voimaperäistää, ohjata ja muovata ihmisten sielullisia, yhteisöllisiä, ruumiillisia ja ajatuksellisia ominaisuuksia tai kykyjä (Foucault 1998).

Foucaultlaisen valta-analytiikan mukaan valta on hajautunutta ja se muodostuu useista toimijoista, suhteista sekä vallan subjekteista, joista taas vallankäytön rakenteet ja tilanteet muotoutuvat. Siksi vallan ytimeistä ei ole löydettävissä yhtä ylivallan järjestystä. Valtaa tarkasteltaessa on huomioitava, että valta viittaa tietyssä historiallisessa ja yhteiskunnallisessa tilanteessa ilmeneviin toiminnan sekä subjektuuden muotojen mahdollistajiin ja estäjiin toisin kuin sanelemaan ”herruuteen” vallankäytön takana. (Helén 2004, 207–208.) Foucault (1998) siis esittää, että institutionaalinen ohjailu tapahtuu rangaistuksia langettavan kurivallan sijaan produktiivisen, erilaisia subjekteja tuottavan vallan kautta. Subjekteja tuottavaan produktiiviseen valtaan liittyy paljon institutionaalisten identiteettien, tiedon tuottamiseen sekä moraalien ja hienovaraisuuden kysymyksiä. Elinvoimaisuutta valvovien poliittisten teknisten käytäntöjen hienovaraistuminen liittyy etenkin luvun 2 alaluvussa esiteltyyn terveystaloudellisuuden muotoutumiseen.

Foucault julkaisi useita teoksia joista tämän tutkielman osalta tärkeimpänä voidaan pitää vuonna 1975 julkaistua teosta *Tarkkailla ja rangaista* (alkuperäiskielellä *Surveiller et punir. Naissance de la prison*). Teoksessa Foucault tarkastelee ja analysoi kurinpidollista valtaa. Vaikka teoksen pääpaino on vankilan sisällä tapahtuvassa kurinpidossa, voidaan väestön käyttäytymisen kontrollointia tarkastella yleisemmin yhteiskunnallisen vallankäytön teknologiana. Millerin ja Rosen (2010, 12–14) mukaan useilla eri tieteenaloilla alettiinkin Foucault’n innoittamana kiinnostua muun muassa erilaisista auktoriteetin ja asiantuntijuuden muodoista käyttäytymisen normalisoijana ja siten hallinnan lähteinä. Huomattiin, että näennäisesti toisistaan radikaalisti eroavilta tieteenaloilta onkin löydettävissä paljon yhteistä juuri siinä, että ne ovat kiinnostuneita normista ja sen poikkeamista. (emt.,) Tämä pitää paikkansa myös erilaisten terveydestä ja hyvinvoinnista kiinnostuneiden tieteiden kohdalla.

Foucaultlaiseen traditioon liittyy myös diskurssin käsite. Diskurssit liittyvät historiallisiin muutoksiin, institutionalisoitumiseen sekä vallan ja tiedon tiiviiseen yhteyteen. Diskurssit muodostavat vakiintuneita kokonaisuuksia, jotka linkittyvät ihmistieteisiin, koulutukseen ja jopa lakiin. (Jokinen & Juhila 1999, 71.) Diskurssit voidaan hahmottaa puhetapoina, ajattelutapoina tai tapoina representoida jotakin kohdetta. Toisin sanoen diskurssit tuottavat merkityksellistä tietoa kohteestaan. Tämän tutkielman tapauksessa tiedon muodostus vaikuttaa terveystieteisiin käytäntöihin. Yksinkertaistettuna diskurssit toimivat suhteessa valtaan ja organisoivat sitä. (Hall 1999, 105 ref. Aho 2009, 49.) ¹⁵ Foucault’n (2005, 237) mukaan tietoa ei ole olemassa ilman määrättyä diskursiivista käytäntöä.

3.3 Ongelmanmuodostus ja riskien hallinta

Hallinta liittyy ongelmallisuuden ja normien teemoihin. Jos hallinnalla tarkoitetaan käyttäytymisen ohjaamista, on oletettavissa, että ohjaaminen on seurausta siitä että jokin on määritelty ongelmalliseksi. Toisin sanoen ongelmat eivät ”odota paljastumistaan” vaan ne on rakennettu ongelmallisiksi. Ongelma ja ongelmallisuus siis edellyttävät tunnistamista ja yhteiskunnan ongelman on saavutettava tietty oikeutus tai legitiimiys ennen kuin siihen puututaan. Ongelmalliseksi määrittelemällä oikeutetaan kollektiivien ja yksilöiden elämään puuttuminen ja esimerkiksi terveyskäyttäytymisen ohjaaminen. Lääketieteen keskeinen tehtävä tunnistaa ja diagnosoida erilaisia

¹⁵ Hall, Stuart. 1999. Identiteetti. Vastapaino: Tampere.

terveyspoikkeamia yhdistää myös ongelmallisuuden aspektit medikalisaation teemoihin. (Walls 1990, 3-9.)

Miller ja Rose (2010, 26–27) kuvaavat ongelmalliseksi tekemistä hitaaksi ja monimutkaiseksi prosessiksi, jossa muun muassa erilaiset asiantuntijat, poliitikot ja tiedotusvälineet ovat mukana. Prosessin paikkoina voivat toimia oikeastaan mitkä tahansa alueet kouluista työpaikkoihin sekä ostoskeskuksiin ja koteihin. Ei myöskään riitä, että jokin asia määritellään ongelmalliseksi, tehottomaksi, haitalliseksi tai ihanteisiin nähden riittämättömäksi. Ongelman määrittelyssä on pyrittävä myös yhteisymmärryksen muodostamiseen, samankaltaisten ongelmien yhteen linkittämiseen, sekä siihen, että ongelma muodostuu tarpeeksi kiinnostavaksi jotta sitä aletaan pukea formalisoidun tiedon muotoon. Tällöin ongelman luonne ja rakenne selkiytyy ja se on helpommin käsiteltävissä (emt.). Esimerkiksi tämän tutkielman aineistona olevien asiakirjojen voidaan ajatella olevan formalisoitua tietoa, joka on pyritty esittämään sellaisessa muodossa, joka olisi kaikkien kansalaisten helposti omaksuttavissa ja kaikkien saatavilla.

Ongelman muodostamisen mielekkyyden, sekä hallinnan ja hallittavuuden kannalta olennaista on myös tarjota ratkaisuja esitettyihin ongelmiin. Ongelman muodostaminen on siis tiiviissä yhteydessä parannuskeinon etsinnän kanssa. Voidaan väittää, että esimerkiksi tiettyihin terveysongelmiin on löydettävissä tietynlainen ratkaisu juuri siksi, että ratkaisu on varta vasten muotoiltu yhteensopivaksi ongelman kanssa. Näin myös kavennetaan ongelman ja ratkaisun välistä kuilua. (Miller & Rose 2010, 26–27.) Etenkin asiantuntijuuden kentillä käydään jatkuvaa neuvottelua eri ongelmien luonteesta ja tavoista käsittää, hallita, ennakoida ja ratkaista niitä. Riskiteknologiat, joita voidaan myös kutsua asiantuntijuusteknologioiksi, lisäävät turvallisuutta, koska ne rajaavat vaarat tietyn sosiaalisen etäisyyden päähän omakohtaisuudesta. (Peltomäki, Harjumäki & Husman 2002, 99.) Esimerkiksi alkoholismi voi olla terveysriski, joka asiantuntijatiedon kautta käsitteellistetään ja etäännytetään. Asiantuntijuusteknologiat ja etäännyttäminen liittyvät myös esimerkiksi terveysriskinä pidettyyn lihavuuteen, jota myös käsitteellistetään mieluummin lääketieteellisten ”terveysfaktojen” kuin henkilökohtaisten kokemusten avulla.

Pitkälle erikoistuneissa asiantuntijuuksissa piilee ongelmien medikalisoitumisen riski. Ongelmien medikalisoitumisella tarkoitetaan sitä, miten ongelman suhde laajempaan yhteiskunnalliseen ja sosiaaliseen kehykseen katoaa ja ongelmasta nähdään vain oireiden taso. Ongelmat ovat sidoksissa esimerkiksi elinolosuhteisiin ja elämäntapaan, joita puolestaan säätelevät ajasta toiseen vaihtelevat yhteiskunnalliset voimavarat, arvot ja rakenteet jotka heijastuvat ongelmien määrittelyyn. Arjen

ongelmat ovat useimmiten huomattavasti konkreettisempia kuin niitä koskevat yleistävät määritelmät ja teorialat. Yleistäminen ja se, että ongelmien ilmiö on monesti vain oire taustalla piilevästä varsinaisesta ongelmasta, voi kadottaa yhteyden oireiden kanssa kamppaileviin ihmisiin. Ongelmiin vaikuttaminen pelkästään yksilötasolla ei kuitenkaan riitä, vaan on puututtava myös avuntarvitsijan vaikutusvallan ulkopuolella oleviin syihin. Jos ongelmiin pureudutaan ainoastaan yksilötasolla, menetetään mahdollisuus vaikuttaa ongelmiin ennaltaehkäisevästi. (Walls 1990, 3-9, 29-38.) Terveiden saralla esimerkiksi lihavuuskeskustelu saattaa usein kääntyä ongelmienkantajien syyllistämiseen, vaikka lihavuuden ilmiö sinällään on vahvasti yhteiskunnallinen.

Modernin ajan ongelmia voidaan siis havainnollistaa riskin käsitteellä. Riskille on ominaista se, että sille on määritelty jokin kohde. Jotta riski voi olla riski, on sen oltava riski jollekin. Riskistä pitää myös olla tietoa ja se on voitava tuntea. Riskin haltuunotossa pyritään ennustamaan, rajaamaan ja hallitsemaan riskejä. (Peltomäki ym. 2002, 98.) Esimerkiksi aineistossa uhat ja riskit kohdistuvat muun muassa terveydenhoidon suuriin kustannuksiin sekä ihmisten eriarvoistumiseen. Käytän analyysissäni riskille läheistä uhan termiä, sillä koen sen kuvaavan paremmin aineistossa esiintyvää puhetapaa. Seuraavassa luvussa käyn läpi tutkimusasetelman muodostumista, aineiston keruuta ja analyttisen tarkastelutason valintaa. Esittelen myös analyysitapoina käytettyä sisällönanalyysia ja diskurssianalyysia.

4. Tutkimuksen toteutus: analyysin eteneminen ja katsaus aineistoon

Empiiristä analyysiani varten kartoitin Juha Sipilän hallituksen terveyttä ja hyvinvointia koskevia kärkihankkestrategioita- ja suunnitelmia vuodesta 2015 vuoteen 2017. Aineistooni lukeutuu myös kärkihankkeiden hakuilmoitus. Aineiston tarkastelussa kiinnitin huomiota etenkin siihen, millä tavoin väestötasolla terveyden hallinnasta puhutaan ja millaisina yksilöt ja erilaiset kollektiivit kuvataan. Nähdäänkö heidät itsenäisinä, omaa elämäänsä ohjailevina ja lähtökohtaisesti omaa terveyttä korkealle arvostavina yksilöinä vai yksikköinä, jotka kaipaavat valtiollista terveysohjausta, hallintaa ja suostuttelua oman terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen?

Tarkoitukseni oli etsiä aineistosta yksityisen, terveyteen liittyvän elämämpiirin, politisoitumisen piirteitä. Aineiston läpikäynnissä kiinnitin huomiota tekstissä vahvasti esille nouseviin teemoihin ja nostin ne tarkasteluni keskiöön. Aineiston pohjalta keskeisiksi muotoutuvia teemoja olivat tieto- ja asiantuntijuus, vastuu, uhat ja välittäminen. Esille nousseiden teemojen pohjalta muodostin diskursseja, jotka linkitin tutkielman näkökulmana toimiviin hallinnan ja terveystodellisuuden teemoihin. Perustelen aineistovalintaani sen relevanttiudella kysymyksenasetteluun nähden. Aineisto on myös merkittävä, sillä siinä on nähtävissä tämän hetkisen suomalaisen terveystodellisuuden linjaukset, arvot, ihanteet ja tavoitteet.

Tutkimusasetelmani idea kehittyi harjoitteluni innoittamana. Lopulta teorian ja aineiston luennan pohjalta tutkimustehtäväkseni muotoutui tarkastella suomalaista terveystodellisuutta hallinnan näkökulmasta. Hallinnan näkökulmaan yhdistin terveystodellisuuteen liittyviä teemoja. Halusin tutkia, miten hallinnan ja siihen liittyvän terveystodellisuuden teemat nivoutuvat asiakirjoissa esiintyviin terveysdiskursseihin. Tutkimuskysymyksiksi asetin:

Mitä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä diskursseja aineistosta nousee esille eli mikä on suomalaisten terveystodellisuuden linjausten fokus?

Miten kansalaisten terveyskäyttäytymistä hallitaan aineistossa esiintyvien terveysdiskussien keinoin?

Aineistoni luennassa korostuu kiinnostus siihen, kuinka institutionaalisissa asiakirjoissa käytetyt diskurssit tuottavat tietynlaista terveystodellisuutta ja tietynlaista terveyskäyttäytymistä. Kiinnostukseni kohteena on teksti ja se, kuinka todellisuus rakentuu kielessä. Kieli sinällään ei kuitenkaan ole tutkimukseni lähtökohta, vaan väline, jonka kautta tietynlaista todellisuutta on mahdollista tuottaa. Metodisiksi lähestymistavoiksni valikoin sisällönanalyysin ja

diskurssianalyysin, joita esittelen seuraavaksi. Kerron ensin sisällönanalyysistä ja siihen liittyvästä luokittelusta ja kategorisoinnista, josta siirryn instituutioissa tapahtuvan sosiaalisten ongelmien luokittelun ja määrittelyn käsittelyyn. Instituutioiden toimintaa kuvaavan luvun jälkeen syvennän tarkasteluani diskurssianalyysiin, jossa kuvaan sen käyttöä institutionaalisen tekstin tarkastelussa.

4.1 Sisällönanalyysi

Kategorisointi on välttämätöntä sekä ihmisten yhteistoiminnan että sosiaalisen järjestyksen kannalta (Mäkitalo & Säljö 2002a, 160). Kategorisointia kutsutaan myös luokitteluksi. Kategoriat puolestaan ovat luokittelusta syntyneitä nimeämisiä. (Jokinen ym. 2012, 12.) Kategorisoimalla, luokittelemalla ja merkityksiä antamalla ympäröivän maailman informaatio- ja ärsykepaljoudesta aiheutuvaa kaaosta pyritään vähentämään ja siten ymmärtämään sen erilaisia ilmiöitä (Juhila 2004b, 21 ref. Jokinen ym. 2012, 12)¹⁶.

Kategorioiden muodostumista ja käyttöä on tärkeää tarkastella, sillä niillä on merkitystä sekä toisten ihmisten että itsemme määrittelyssä. Kategoriat kuvaavat ihmisten lisäksi myös ympäröivää maailmaa, kuten luonnonilmiöitä, rakennuksia ja poliittisia suuntauksia ja siten niiden käyttötavat kertovat paljon ajasta jossa elämme. Se, mitä pidämme tärkeänä, arvostettavana, ongelmallisena, normaalina tai poikkeavana liittyy kategorioiden rakentumiseen ja olemassaoloon perustavanlaatuisesti. (Jokinen ym. 2012, 12–31.) Ihmiset myös herättävät kategoriat eloon erilaisissa kohtaamis- ja toimintatilanteissa ja todellistavat näitä kategorioita paikallisesti erilasten kontekstien sekä tilanteiden tekijöiden mukaan. Esimerkiksi kategorisoivan sanan *lihava* käyttö merkityksellistyy eri tavoin vaikkapa lääkärin ja potilaan välisessä keskustelussa kuin poliittisessa puheessa tai iltapäivälehtien laihdutusta koskevissa artikkeleissa. (Hester & Eglin 1997a ref. Jokinen 2012, 12.)¹⁷

Tässä tutkielmassa käytän laadullista sisällönanalyysia yhtenä metodisena lähestymistapana aineistoon. Kansainvälisessä tutkimusmenetelmäkirjallisuudessa sisällönanalyysiin viitataan usein termillä *temaattinen analyysi* ja usein sillä tarkoitetaan alkuvaiheen analyysia, tietynlaista aineiston kategorisointia, teemoittelua ja luokittelua (Ruusu vuori 2010, 19). Sisällönanalyysi on metodi, jonka avulla voidaan analysoida sekä kirjoitettua, verbaalista että visuaalista aineistoa. Se on kuitenkin

¹⁶ Juhila, Kirsi. 2004b. ”Talking back to Stigmatised Identities. Negotiation of Culturally Dominant Categories in Interviews with Shelter Residents”. *Qualitative Social Work* (3)3, 259–275.

¹⁷ Hester, Stephen & Eglin, Peter. 1997. *Culture in Action*. Studies in Membership Categorization Analysis. International Institute for Ethnomethodology and University Press of America. London: England.

myös pintapuolinen alkuvaiheen analyysi, joka edesauttaa johtopäätösten tekemisessä, mutta ei kuitenkaan ainoana menetelmänä ole riittävä (Salo 2015, 170–171). Tämä johtuu siitä, että laadullisen aineiston sisältöä ei voi typistää luokitteluihin ja kategorioihin, vaan tutkimuksen tarkoituksena on löytää aineistosta jotain uutta (Ruusuvuori 2010, 16). Sisällönanalyysin puutteista johtuen tässä tutkielmassa olen päättänyt hyödyntää sisällönanalyysia ainoastaan analyysini alkuvaiheessa aineiston kategorisointiin ja teemoitteluun.

Sisällönanalyysiin liittyen suomalaisessa tutkimus- ja menetelmäkirjallisuudessa puhutaan usein aineistolähtöisestä, teorialähtöisestä ja teoriaohjaavasta analyysistä (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tavanomainen tapa tehdä sisällönanalyysia on lähestyä analyysia aineistolähtöisesti (Salo 2015, 173). Aineistolähtöisestä analyysistä puhutaan silloin, kun tutkijan aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei oleteta olevan merkitystä lopputuloksen, johtopäätösten tai analyysin teon kanssa, sillä analyysin oletetaan pohjautuvan pelkästään aineistoon. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkija siis lähestyy ”aineistoa sen omilla ehdoilla”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 117.) On kuitenkin absurdia kutsua tutkimusta puhtaasti aineistolähtöiseksi (Eskola & Suoranta 1998, 135) sillä analyysi ohjautuu aina tutkijan ennakko-oletusten ja teoreettisten ideoiden mukaan. Aineisto itsessään ei vastaa tutkijalle ilman tutkimuskysymyksiä, vaikka se saattaa kyllä antaa ideoita siitä, mihin suuntaan tutkijan kannattaa tutkimuksessaan suunnistaa. (Ruusuvuori 2010, 15.)

Sisällönanalyysin teorialähtöinen menettelytapa puolestaan tuo selkeimmin esille sisällönanalyysin keskeisimpiä haasteita, kuten kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen eli määrällisen ja laadullisen tutkimusotteen sekoittumisen. Tutkija voi käyttää sisällönanalyysin teorialähtöistä menettelytapaa esimerkiksi siten, että jäljittää analyysissaan tiettyjä aineistossa esiintyviä sanoja ja laskee niiden esiintymistiheyden suhteutettuna esimerkiksi haastattelun kestoon ja huomioiden samalla erilaiset eufemismit, eli kiertoilmaisut. Hän myös koodaa aineistossa esiintyvät henkilöt ja laskee eri puhujatyyppeiden frekvenssit. Aineistoa käsitellään usein esimerkiksi erilaisten tilasto-ohjelmien avulla, joka myös sinällään tuo esiin tämänkin sisällönanalyysin vahvan pyrkimyksen kvantifiointiin (Salo 2015, 174).

Teoriaohjaavasta lähestymis- tai analyysitavasta (*directed approach*) puhutaan silloin, kun tutkijan on tarkoitus laajentaa teoriaansa käsitteellisesti ja/tai testata sitä. Teoriaohjaavan lähestymistavan ajama tutkija saattaa esimerkiksi tarkastella aineistoaan aikaisempien tutkimusten tarjoamien kategorioiden tai luokittelujen avulla. Hän siis lukee aineistoaan ennalta rakennettujen luokkien mukaan, järjestee havaintonsa valmiisiin koreihin ja esittelee sitten kategoriat tuloksina, joita

aineistoesimerkit kuvailevat (*descriptive evidence*). (Salo 2015, 174.) Esimerkiksi tässä tutkielmassa aineiston luentani lähtökohtana, ”tutkijan kiikareina” olivat hallinnan ja terveystkansalaisuuden teemat. Näiden kiikareiden avulla esimerkiksi asiantuntijuus muodostui luokaksi, joka oli olemassa jo ennen tarkempaa aineistoon tutustumista. Aineiston luennassa asiantuntijuus nousi vahvasti esille, jolloin muodostin tieto- ja asiantuntijuusdiskurssin ja järjestelin sen jo olemassa olevaan ”koriin”. Toisaalta aineistosta löytyi myös ennakoimattomampia teemoja, kuten välittäminen. Annoin tämän ei-ennalta-luokitellun teeman nousta aineistosta, sillä en halunnut ”tutkijan kiikareideni” jättävän huomiotta aineiston keskeisiä piirteitä. Teoriaohjaavan lähestymistavan mukaisesti vedän johtopäätöksissä yhteen, miten tulokset vahvistivat tai eivät vahvistaneet tutkimuksen lähtökohdaksi otettuja valmiita luokkia.

Kuten siis aineistolähtöisessä analyysi- ja lähestymistavassa, voi myös teoriaohjaavassa lähestymistavassa ongelmaksi muodostua valmiiden kategorioiden olemassaolo, joskin haasteet ovat erilaiset kummassakin lähestymistavassa. Teoriaohjaavassa lähestymistavassa valmiit luokitukset saattavat ohjata tutkijaa tiukasti lukemaan aineistoa tietyllä tavalla, jolloin teoria joko jää ohueksi tai sen uudet muodot jäävät huomaamatta. Tutkija ei siis välttämättä poimi aineistosta kuin ainoastaan ne seikat, joita hän teoriansa ohjaamana etsii. Näin sellaiset aineiston osat, jotka eivät sovi valmiiden koodien tai luokitusten alle, unohtuvat (Salo 2015, 174–179). Tässä tutkielmassa hyödynnetyn teoriaohjaavan analyysitavan haasteet on pyritty ottamaan mahdollisimman hyvin tutkimuksen teossa huomioon.

4.2 Instituutio sosiaalisten ongelmien tuottamisteollisuutena?

Åsa Mäkitalo ja Roger Säljö (2002a & 2002b) ovat korostaneet kategorioiden ja instituutioiden tiivistä yhteyttä sanomalla, että instituutiot ajattelevat ja toimivat kategorioiden avulla. Instituutioiden on heidän mukaansa esimerkiksi kategorisoitava, kenen kanssa asioidaan ja millaisia kysymyksiä ja ongelmia käsitellään. Instituutiot identifioituvat suhteessa toisiinsa erilaisten kategorioiden kautta ja haltuun ottavat tietyn osa-alueen instituution asiakkaiksi määriteltyjen ihmisten elämästä. Instituution tehokkaan työskentelyn edellytyksenä voidaan pitää suhteellisen vakaita ja luotettavia kategorioita, jotka toimivat institutionaalisten käytäntöjen ja rutiinien pohjalta (emt). Kategoriat avustavat instituution päämäärien saavuttamisessa. Esimerkiksi sairausluokitusten tuottaminen on terveydenhuollossa keskeistä.

On siis hyvin selvää, että instituutiot ja identiteetit liittyvät toisiinsa. Instituutioiden sisällä muodostetaan ja hyödynnetään erilaisia asiakkaan ja työntekijän identiteettikategorioita sekä niihin liittyviä velvollisuuksia ja oikeuksia. Identiteettikategorioiden tuottaminen on monin tavoin institutionaalisten käytäntöjen sisälle rakentunutta toimintaa (Jokinen 2012, 174), jossa esimerkiksi sosiaaliset ongelmat muotoutuvat kietoutuessaan yhteen instituution ydintehtävien ja päämäärien kanssa. Sosiaalisella ongelmalla puolestaan tarkoitetaan yhteiskunnassa laajasti ongelmaksi rakennettua ja käsitettyä ilmiötä, joihin on olennaista puuttua ja joihin voidaan myös vaikuttaa (Losake 2007, 6-9, 32 ref. Jokinen 2012, 174)²¹. Terveiden ja hyvinvoinnin osalta tyypillisiä sosiaalisiksi ongelmiksi miellettyjä ilmiöitä ovat esimerkiksi ylipaino sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat. Kuten luvussa kolme jo mainitsin, tietyistä ilmiöistä muodostuu ongelma vasta kun se herättää tarpeeksi huomiota ja kun siitä on pystytty muodostamaan tietynlainen ongelmakategoria. Usein sosiaalisiksi ongelmiksi määritettyjen ongelmien hoitaminen asettuu juuri instituutioiden harteille. (emt) Esimerkiksi terveydenhuoltoinstituutiolla on suuri vastuu erilaisten sosiaalisten ongelmien kitkemisessä, ehkäisemisessä ja hoitamisessa.

Sosiaalisia ongelmia määriteltäessä määritellään väistämättä myös sitä, keitä voidaan pitää syyllisinä ongelman syntyyn ja keiden vastuulla ongelman hoitaminen on. Olennaista tässä määrittelyssä on se, korostuuko siinä yksilökohtainen vai sosiaalinen ja yhteiskunnallinen näkökulma. (Jokinen 2012, 176.) Voidaan puhua diagnostisesta kehyksestä (*diagnostic frame*), jossa sosiaalinen ja yhteiskunnallinen painotus kohdistuu rakenteisiin ja yksilökohtainen painotus yksilön piirteisiin ja toimintatapoihin (Losake 2007, 59-60 ref. Jokinen 2012, 176). Tämän tutkielman aineistossa yhteiskunnallisten ja yksityisten oikeuksien ja vastuiden välinen jännite tulee ilmi ja on keskeinen osa aineiston analyysia.

Sosiaalisista ongelmista muodostuu instituutioissa usein yksilöllisiä ongelmia. Voidaan puhua jopa *ongelmallisten ihmisten tuottamisteollisuudesta (troubled persons industry)* jossa sosiaalisen ongelman työstäminen kohdistuu yksittäiseen henkilöön, jolloin myös ongelman ratkaisuun pyritään yksilölle kohdistetuilla toimenpiteillä. Samalla ongelman sosiaalinen ja yhteiskunnallinen luonne tulee helposti sivuutetuksi. (Losake 2007 ref. Jokinen 2012, 176.) Esimerkiksi työttömyys yhteiskunnallisena ja ennen kaikkea rakenteellisenä ilmiönä voi institutionaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa saada hyvinkin yksilöllisiä muotoja ja mahdollisesti kääntyä yksittäisten ihmisten viaksi. Näin muodostetaan ”ongelmallisten ihmisten” kategorioiden lisäksi myös lukemattomia muita

²¹ Losake, Donileen R. 2007. *Thinking about Social Problems. An Introduction to Social Construction Perspectives*. 2 painos. Aldine Transaction: New Brunswick.

yksilöä määritteleviä kategorioita. (Jokinen 2012, 176.) Ongelmien kategorisoinnin lisäksi monien instituutioiden tehtäväksi on asetettu ihmisten ”normaalistaminen” kasvattamisen, ohjaamisen ja erilaisen tukemisen keinoin (Losake 2007 ref., Jokinen 2012, 176). Normaalin ja epänormaalin välinen kamppailu ohjailee myös hoitokäytäntöjä. Esimerkiksi erilaiset normaalipainon määritelmät voivat ohjata sekä ihmisten hoitokäytäntöjä että myös hoitoon hakeutumista vahvasti.

Instituution sisällä tuotetuilla teksteillä, dokumenteilla ja kategorioilla on paljon valtaa. Instituutioiden sisällä rakennettujen kategorioiden valtaa voidaan tarkastella kolmen tekijän avulla. Ensinnäkin, instituutio ja ammatillisuus antavat oikeutuksen määrittelylle. Esimerkiksi lääkärin, psykologin tai sosiaalityöntekijän kategorisoinnit saavat aivan erilaisia painotuksia kuin maallikon tekemät kategorisoinnit. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tekemät määrittelyt ja kategorisoinnit ovat merkityksellisiä myös siinä mielessä, että ne ohjaavat asiakkaiden asiakkuutta sekä hänen oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan hoidon piirissä. Toiseksi, kategorioihin voidaan liittää myös lupauksia resursseista, odotuksia sanktioista tai ne ylipäättään pitävät sisällään oikeutuksia erilaisille ihmisten elämänhallinnan käytännöille, haltuunotoille ja interventioille. Kolmas tekijä liittyy institutionaalisen vuorovaikutuksen epätasapainoisuuteen, joka voi liittyä sekä tietotaitoon että osallisuuteen ylipäättään. Instituution edustajat, kuten vaikkapa lääkärit tai opettajat, yleensä ohjaavat keskustelun kulkua ja heillä on myös hallussaan parempi ymmärrys instituution toimintatavoista ja käytänteistä (Heritage 1997 & Losake 2007, 143–144 ref., Jokinen 2012, 184.)²²

Seuraavassa alaluvussa kerron diskurssianalyysistä ja esittelen sen keskeisimmät piirteet. Kuvaan sen käyttöä institutionaalisen showing- muotoisen tekstin tarkastelussa. *Showing*- teksti on useimmiten passiivimuotoista tapahtumien suoraa kuvausta, jossa kirjoittajan näkemystä ei tuoda esille. Teksti ei kuitenkaan ole vapaa kategorioista ja valittujen kategorioiden sekä sanamuotojen kantamista seurauksista, sillä kirjoittajien lisäksi myös lukija aktiivisesti tulkitsee ja tekee valintoja omista lähtökohdistaan käsin. Esimerkiksi terveysalan ammattilaiset, kuten lääkärit, lukevat tekstejä hyvin eri tavoin kuin terveydenhuollon asiakkaat. (Taylor 2008.)

²² Heritage, John. 1997. Conversation analysis and Institutional Talk. Analyzing data. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative Analysis: Issues of Theory and Method*. Sage Publication: London. 222–245.

4.3 Diskurssianalyysi

Sisällönanalyysin lisäksi tämän tutkielman metodisena lähestymistapana aineistoon käytetään diskurssianalyysia. Diskurssianalyysillä saatetaan sisällönanalyysin aloittama alkuvaiheen analyysi lopulliseksi analyysiksi ja tulkinnoiksi aineistosta. Analyysiani ohjanneen sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti lähtökohtana tässä tutkielmassa on, että todellisuus rakentuu kielellisesti. Kielenkäyttöä ei siis tarkastella keinona päästä jonkin olemassa olevan totuuden äärelle, vaan todellisuuden nähdään muodostuneen kielenkäytössä. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 9.) Tämä tarkoittaa, että myös tietona pidetyt asiat ovat aina tulkinnallisia ja sisältävät monenlaista ajallisesti ja paikallisesti varioivaa symboliikkaa, merkityksiä ja ideologioita (Alasuutari 1994, 51).

Todellisuuden sosiaalisen konstruoitumisen ytimessä on ajatus siitä, että todellisuus rakentuu erilaisista merkitystulkinnoista ja näiden merkitystulkintojen säännöistä, joiden avulla ja nojalla ihmiset orientoituvat elämässään (Emt.). Sosiaalista konstruktionismia voidaan pitää metodisten lähestymistapojen, kuten diskurssianalyysin teoreettis-metodologisena viitekehyksenä, mutta sosiaalinen konstruktionismi itsessään ei ole metodinen lähestymistapa. Sosiaalinen konstruktionismi ja diskurssianalyysi kulkevat tiiviisti yhdessä ja niitä linkittää kiinnostus puheen ja tekstin tutkimiseen. (Jokinen 1999, 38–41.) Koska tässä tutkielmassa tarkastellaan institutionaalisen tekstin sisältämiä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä merkityksiä, oli diskurssianalyysi analyysimenetelmänä luonteva valinta. Viitekehyksenä sosiaalinen konstruktionismi puolestaan tarjosi välineet esimerkiksi tutkimuskohteen valintaan ja tutkimuskysymysten muotoiluun (ks. esim. Jokinen 1999 38–41). Sosiaalisen konstruktionismin diskurssianalyttisen perinne ei kuitenkaan ole mutkaton, vaan palauttaa totuutta etsivän tutkijan aina väistämättä kieleen ja siksi diskurssianalyysia hyödyntävä tutkija on tietyllä tapaa aina kielen vanki. Diskurssianalyysin avulla voidaan kuitenkin tarkastella kattavasti sitä, miten maailmasta tehdään totta erilaisissa kielellisissä käytännöissä. (Potter 1996 ref. Juhila 1999, 162.)²³

Yksinkertaistettuna diskurssianalyysi ei tarjoa tarkkarajaisia työkaluja aineiston analyysiin, vaan ennemmin sillä tarkoitetaan väljästi kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimusta, jossa analysoidaan sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä (Jokinen ym. 1993, 9-10). Diskurssianalyysista on olemassa useita eri versioita erilaisiin tutkimustarkoituksiin (Aho 2009, 48). Diskurssianalyysi voi myös toimia ideologiakriittisenä menetelmänä, sillä sen avulla voidaan pyrkiä paljastamaan niitä yhteiskunnallisia suhteita, joiden

²³ Potter, Jonathan. 1996. *Rhetoric Reality: Discourse, Rhetoric and Social Construction*. SAGE Publications.

piirissä alati toimimme. Esimerkiksi erilaisissa instituutioissa tuotetut tekstit pitävät sisällään monia yhteiskunnallisia valtasuhteita ja ristiriitoja. Tästä johtuen näiden tekstien vaikutusten ja seurausten tarkastelemista voidaan pitää yhteiskuntatieteellisessä mielessä tärkeänä. (Eskola & Suoranta 1998, 146.)

Tässä tutkielmassa tekstin rajoja pyritään ylittämään suhteuttamalla aineistossa konstruoitavat merkitykset laajempiin yhteiskunnallisiin rakenteisiin (Ks. esim. Juhila 1999, 163). Merkityksellistämisellä tarkoitan kielenkäyttöä, joka konstruoi kohteet joista puhutaan tai kirjoitetaan. Toisin sanoen näen kielenkäytön käytäntönä, joka ei ainoastaan kuvaa maailmaa, vaan järjestää, rakentaa, uusintaa ja muuttaa ympärillämme olevaa sosiaalista todellisuutta tietynlaiseksi. Idea kielenkäytön todellisuutta heijastamattomasta luonteesta pyrkii tarjoamaan selitysvoimaisempia kuvauksia siitä, miten sosiaalinen todellisuus on jatkuvasti rakentuvaa ja muotoutuvaa. Konstruktivisuus liittyy myös kielen jäsentämiseen sosiaalisesti jaettuina ja suhteessa toisiinsa muodostuvina *merkityssysteemeinä*, kuten erilaisina kielellisinä dikotomioina ja hierarkioina, joita kuvaa hyvin esimerkiksi jaottelu miehiin ja naisiin. Nämä dikotomiat ja hierarkiat ovat juurtuneet sosiaalisen todellisuuden jäsentämistavoiksi ja siten ohjaavat ajatteluamme ja arkielämän toimintaamme. (Jokinen ym. 1993, 18–21.)

Tässä tutkielmassa sovellettu analyysi nojaa Arja Jokisen ja Kirsi Juhilan (1993; 1999, 75–108) pohdintoihin valtasuhteisiin painottuneesta diskurssianalyysistä. Diskurssien ja vallan keskinäisiä suhteita analysoitaessa valtaa tarkastellaan produktiivisena, sosiaalisiin käytäntöihin limittyneenä ilmiönä. Koska kiinnostus kohdistuu siihen, miten valtasuhteet tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä, ei valta asetu yksilön tai yksilöiden omaisuudeksi eikä ”ulkopuoliseksi voimaksi” (emt., 1993, 75). Kyse on siitä, miten jotkut tiedot saavat totuuden aseman ja millaisia subjektipositioita niissä ihmisille tuotetaan (Fairclough 1992, 12,36).

Jokisen ja Juhilan (1999, 86–87) mukaan diskurssianalyttisen tutkimuksen voidaan nähdä asettuvan janalle, jonka toisessa päässä on kriittinen ja toisessa päässä analyttinen diskurssianalyysi. Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtana on yleensä oletus joidenkin alistussuhteiden olemassaolosta ja tutkimuksen tehtäväksi asettuu niiden käytäntöjen tarkastelu, joilla näitä suhteita oikeutetaan ja ylläpidetään. Kriittisen diskurssianalyysin käsitteet ovat hyvin ”latautuneita” ja niiden kautta puhutaan usein esimerkiksi ideologisista käytännöistä, valtasuhteista ja hegemonisista diskursseista.

Kriittisen ja analyttisen diskurssianalyysin erona voidaan pitää analyttistä diskurssianalyysia harjoittavan tutkijan pyrkimyksestä tiukkaan aineistolähtöisyyteen. Tällöin tutkija pyrkii välttämään

kaikenlaisia ennakko-oletuksia esimerkiksi aineistosta löytyvien alistussuhteiden olemassaolosta. Aineiston luvun lähtökohtana on siten mahdollisimman ”ei-tietäjän”-positiosta käsin asetettu kysymys siitä, kuinka sosiaalinen järjestyksemme muodostuu. Kriittisen ja analyyttisen diskurssianalyysin orientaation perustavanlaatuisin ero voidaan paikallistaa siis ennen kaikkea tutkimuksen lähtökohtatavoitteisiin ja sitoumuksiin. Näillä lähtökohtatavoitteilla ja on jälleen omat seurauksensa analyysin teon kannalta (Emt.).

Tässä tutkimuksessa hyödyntämäni kriittisen diskurssianalyysin muunnelma antaa myös tilaa välttää pyrkimystä tuottaa poleeminen puheenvuoro suhteessa vallitsevaan sosiaalisen järjestykseen. Tutkijana minun on kuitenkin tiedostettava tarkastelunäkökulmanani oleva ja hyvin kriittisesti latautunut ”hallinnan käsite” ja sen mahdollisesti sisällään pitämät ennakko-oletukset. Koska diskurssianalyttinen tutkimus asettuu janalle, eivät kriittinen ja analyyttinen orientaatio sulje toisiaan pois (Emt.).

Diskurssianalyttisen tutkimuksen kriittisemmälle puolelle painottuva diskurssianalyysi valikoitui tämän tutkielman metodiseksi lähestymistavaksi, sillä tutkielmassa teoriaa hallinnasta ja terveystaloudellisuudesta on lähdetty luomaan korkeakouluharjoittelusta ja siitä seuranneesta työjaksosta syntyneen kokemuksen kautta. Olen pyrkinyt lukemaan aineistoa mahdollisimman avoimesti, mutta myös kriittiselle puheenvuorolle on annettu mahdollisuus, jos se analyysin teon kannalta on todettu tarpeelliseksi. Kriittisestä diskurssianalyysistä huolimatta olen tehnyt tilaa laajaan ja avoimeen aineiston tulkintaan. Tutkimuksessani kysyin aineistolta sekä *mitä*, *kuka* että *miten*-kysymyksiä ja kuvaan millaisia diskursseja terveystaloudellisessa tekstissä konstruoituu. Tämän tutkielman metodiset ratkaisut painottuvat erittelevään luentaan ja aineistosta nousevien hallinnan teemojen sekä terveystaloudellisuuden teemojen analysointiin sekä keskinäiseen vertailuun. Tarkastelun kohteeksi olen valinnut neljä asiakirjaa, jotka olen selvyyden merkinnyt tekstin sisälle koodilla A1, A2, A3 ja A4:

A1. *Kärkihanke Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen, hankesuunnitelma* (24.8.2016.). Sivut 1-12. Tekijä: Meri Larivaara.

A2. *Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma* (29.5.2015.) Sivut 7-9, 20–21.

A3. *Ratkaisujen Suomi: Puolivälin tarkistus. Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2019.* (28.4.2017.) Sivut 7-8, 41, 43.

A4. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta- kärkihanke. Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön 2016–2018. Hakuilmoitus 17.6.2016. Sivut 2-12. Tekijä: Meri Larivaara.

Asiakirja-aineisto ajoittuu vuosille 2015–2017 ja sisältää tulevaisuudenvisioita vuoteen 2019 asti. Olen tiivistänyt laajaa aineistoa rajaamalla selvästi terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät osiot ulos. Seuraavassa alaluvussa paneudun syvemmin aineiston sisältöön ja rajaukseen.

4.4 Aineisto ja tutkimusetiikka

”Suomi vuonna 2025 on uudistuva, välittävä ja turvallinen maa, jossa jokainen meistä voi kokea olevansa tärkeä. Yhteiskunnassamme vallitsee luottamus.

Suomessa on eettisesti kestävä tasapaino yksilön velvoitteiden ja yhteiskunnan vastuiden välillä. Meillä on vahva yhteenkuuluvuuden tunne. Monen sukupolven Suomessa jokaisesta pidetään huolta ja autetaan ajoissa.

Ihmisellä on vapaus ja vastuu rakentaa omaa, perheensä ja läheistensä elämää. Luotamme toisiimme. Kunnioitamme toisiamme. Sovimme asioista. Pärjäämme vähemmällä sääntelyllä.

Julkisessa taloudessa tulot ja menot ovat tasapainossa. Emme elä velaksi. Suomessa palkitaan ahkeruudesta, työstä ja toimeliaisuudesta. Kasvava talous perustuu hyvään johtamiseen, vahvaan yrittäjyyteen ja omistajuuteen sekä koko Suomen voimavarojen hyödyntämiseen.

Suomi on avoin ja kansainvälinen, kieliltään ja kulttuuriltaan rikas maa. Suomen kilpailukyky rakentuu korkealle osaamiselle, kestäväälle kehitykselle sekä ennakkoluulottomalle uudistamiselle kokeiluja ja digitalisaatiota hyödyntäen. Suomessa kannustetaan uusiutumiseen, luovuuteen ja uteliaisuuteen. Epäonnistuaakin saa, virheistä opitaan.

Julkinen valta tekee yhdessä suomalaisten kanssa vaikeitakin ratkaisuja tulevan hyvinvoinnin turvaamiseksi. Avoin ja positiivinen asenne toisiimme sekä ympäröivään maailmaan tekee Suomesta ainutlaatuisen, hyvän maan.”

Yllä oleva katkelma on osa pääministeri Juha Sipilän hallituksen strategisen ohjelman Suomi 2025-tulevaisuudenvisioita (A2, 7). Sipilän hallitus nimitettiin tehtäviinsä 29. toukokuuta 2015. *Ratkaisujen Suomi*- nimisen hallituksen strategisen ohjelman mukaan Suomella on monia vahvuuksia joiden varaan tulevaisuutta voidaan rakentaa. Näihin kuuluu esimerkiksi tuloerojen pienuus kansainvälisesti vertailtuna, naisten ja miesten tasa-arvoisuus sekä lasten hyvinvoinnin korkea taso. Strategisen ohjelman mukaan suomalaisilta löytyy sekä vankkaa osaamista että valmiutta vaikeisiinkin

ratkaisuihin, kunhan ne toteutetaan oikeudenmukaisesti. Suomi on ohjelman mukaan myös yksi maailman parhaista maista elää ja asua.

Suomella on kuitenkin myös haasteita. Korkea työttömyys, talouskasvun hiipuminen, kilpailukyvyn rapautuminen ja viennin vetämättömyys ovat sysänneet Suomea näivettymisen kierteseen. Ohjelman mukaan olemme myös menettämässä osaamiseen perustuvaa kilpailuetuamme. Erilaiset rakenteelliset jäykkyydet sekä kahlitsevat että latistavat ihmisten osallisuutta ja oma-aloitteisuutta. Näin ollen hallitus vie eteenpäin uudistuksia viidellä eri painopistealueella, joita ovat:

1. Työllisyys – ja kilpailukyky

2. Osaaminen ja koulutus

3. Hyvinvointi ja terveys

4. Biotalous ja puhtaat ratkaisut

5. Digitalisaatiot, kokeilut ja normien purku

Tässä tutkielmassa tarkastellaan hyvinvoinnin ja terveyden painopistealuetta. Aineistooni kuuluvan hallituksen strategisen ohjelman mukaan hyvinvoinnin ja terveyden painopistealueen kymmenvuotistavoitteena on, että suomalaiset voivat paremmin. Tavoitteena on, että jokainen kokee voivansa vaikuttaa, tehdä valintoja ja ottaa vastuuta. Tavoitteisiin kuuluu myös se, että sosiaali- ja terveydenhuollossa painopiste on ennaltaehkäisyssä, hoitoketjut ovat sujuvia ja uudistusten myötä yhteisillä varoilla saadaan enemmän terveyttä ja hyvinvointia. Hallituskauden osalta tavoitteena on että terveyden edistäminen ja varhainen tuki ovat vahvistuneet poikkihallinnollisesti päätöksenteossa, palveluissa ja työelämässä. Myös terveys- ja hyvinvointierot ovat kaventuneet sekä eri-ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilasta sekä elämäntavoista on tuettu. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen odotetaan myös parantavan peruspalveluja ja tietojärjestelmiä.

Painopistealueiden osalta hallituksen strategiset tavoitteet konkretisoituvat kärkihankkein. Sote-uudistuksen lisäksi sosiaali – ja terveysministeriössä on meneillään viisi hallituksen kärkihanketta sekä lainsäädäntöhankkeita ja sote- ja maakuntauudistukseen liittyvää palvelujen sisältöjen uudistamistyötä tehdään niin ikään hallituksen kärkihankkeina. Hyvinvoinnin ja terveyden painopistealueella on yhteensä viisi kärkihanketta, jotka ovat:

1. Palvelut asiakaslähtöisiksi

2. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta

3. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma

4. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa

5. Osatyökykyisille tie työelämään

Tässä tutkielmassa keskitytään siis *edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta*- kärkihankkeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivujen mukaan kyseisen kärkihankkeen tavoitteena on lisätä terveitä elämäntapoja ja vahvistaa mielenterveyttä, torjua yksinäisyyttä, vähentää rakennuksista aiheutuvia terveyshaittoja sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja. Kärkihankkeen myötä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toiminnassa otetaan käyttöön näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä jotka edistävät nykyistä paremmin heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja vastuunottoa. STM:n laatiman hankekuvauksen mukaan muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan poikkihallinnollista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Poikkihallinnollisen yhteistyön sekä uusien lähestymistapojen lisäksi niin kutsuttuja vaikuttavia käytäntöjä tulee kuvauksen mukaan hyödyntää entistä tehokkaammin. Muutos lähtee ihmisten voimavarojen vahvistamisesta ja näin ollen ihmisten omaa pystyvyyttä sekä osallisuutta tuetaan.²⁴

Hankekuvauksen mukaan edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta- kärkihankkeella voidaan vaikuttaa ihmisten osallisuuteen, mielenterveystaitoihin sekä elintapoihin, kuten liikunta- ja ravitsemustottumuksiin, nukkumistottumuksiin, päihteiden käyttöön ja tupakointiin. Kuvauksen mukaan niin ikään ihmisten elinoloihin ja sosioekonomisiin tekijöihin vaikuttamalla parannetaan terveyttä ja hyvinvointia. Hyvinvointia ja terveyttä tukevien elintapojen tulee myös olla kaikille helppoja, mahdollisia ja houkuttelevia valintoja, mutta muutosta tavoitellaan erityisesti väestöryhmissä joissa terveys ja hyvinvointi ovat selvästi keskimääräistä huonompia. Kärkihankkeen toteuttamiseen on varattu 7,8 miljoonaa euroa vuosina 2016–2019.

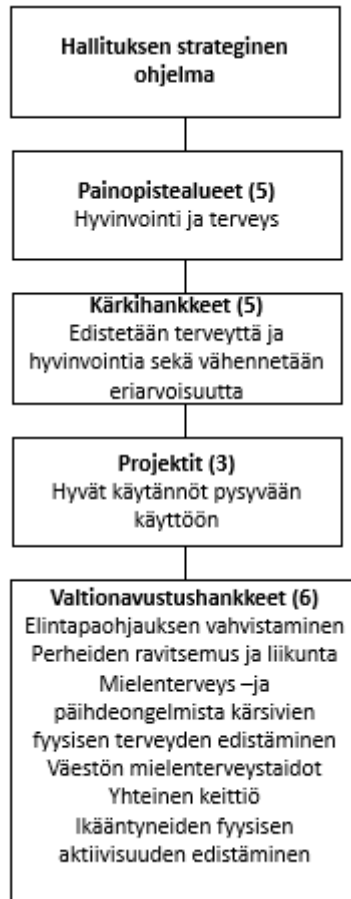
Kärkihanke toteutetaan kolmena projektina. Tämän pro gradu- tutkielman kiinnostuksena on *hyvät käytännöt pysyvään käyttöön*- projekti, jossa tavoitteena on hyvinvointi –ja terveyserojen kaventaminen. Kyseinen projekti on myös kärkihankkeen osalta keskeisin ja sille ohjataan valtaosa kärkihankkeen resursseista. Se on myös projekteista laajin. Projektin toiminta-aika on vuosilla 2016–2019 siten, että loppuarvioinnin on tarkoitus valmistua tammikuussa 2019. *Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön*- projektissa kohdistuu erityisesti niihin väestöryhmiin, joissa hyvinvointi ja terveys ovat keskimääräistä huonompia. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi hyviä käytäntöjä

²⁴ Sosiaali- ja terveysministeriö. STM.fi/hankeet/terveys-ja-hyvinvointi. Noudettu 7.1.2019.

muotoillaan, käyttöön otetaan, juurrutetaan ja ennen kaikkea levitetään koko Suomeen. Valtionavustuksella käynnistetään sisältökokonaisuuksiltaan vaihtelevia hankkeita hyvien käytäntöjen levittämiseksi. Terveysteen ja hyvinvointiin liittyviä sisältökokonaisuuksia on yhteensä kuusi:

1. *Elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa (2,7 miljoonaa euroa)*
2. *Perheiden ravitsemus- ja liikuntatottumusten muutoksen tukeminen neuvolassa, varhaiskasvatuksessa ja kouluterveydenhuollossa (0,6 miljoonaa euroa)*
3. *Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien fyysisen terveyden edistäminen (0,6 miljoonaa euroa)*
4. *Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen, ml. sote-alan ammattihenkilöiden itsemurhien ehkäisytaidojen vahvistaminen (1,4 miljoonaa euroa)*
5. *Yhteinen keittiö (1,4 miljoonaa euroa)*
6. *Ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden edistäminen (0,5 miljoonaa euroa)*

Kaikki valtionavustusta saavat hankkeet käynnistyvät vuoden 2017 alussa ja päättyvät vuoden 2018 lopussa. Rahamäärällisesti suurimpana kokonaisuutena on sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä sen palveluketjuissa tapahtuva elintapaohjauksen vahvistaminen, josta valtionavustusta saa UKK-instituutin kokoama organisaatioiden yhteenliittymä (2970 000 euroa) sekä Helsingin Uniklinikka (69 000 euroa). Yhteistyössä kymmenen sairaanhoitopiirin sekä muiden hanketoimijoiden kanssa elintapaohjauksen sisältökokonaisuuteen kuuluvat hankkeet levittävät ja juurruttavat sosiaali- ja terveydenhuoltoon liikunnan, ravitsemuksen ja univaikeuksien lääkkeettömiä ohjaus – ja seurantamenetelmiä sekä kehittävät monitoimijaisia palveluketjuja. Kaikki kuusi sisältökokonaisuuksiltaan vaihtelevaa valtionavustushanketta kuuluvat tämän pro gradu-tutkielman tarkastelun piiriin. Alla oleva kaavio kuvaa tässä tutkielmassa tarkasteltavia alueita:



Kaavio 1 Tutkimusaineisto

Aineistossa terveys ja hyvinvointi liittyvät ennen kaikkea päihteidenkäyttöön, ravitsemukseen, mielenterveyteen, rakennusterveyteen, säännölliseen liikuntaan, hyvään uneen ja sosiaalisiin tekijöihin kuten vuorovaikutustaitoihin ja osallisuuteen. Näiden osalta asiakirjoissa pidetään tärkeänä tarjota kaikille resurssit ja mahdollisuudet esimerkiksi liikkua enemmän ja nauttia hyvää ravitsemussuositusten mukaista ruokaa yhdessä muiden kanssa. Vastuu näiden mahdollisuuksien hyödyntämisessä on kuitenkin loppujen lopulta kansalaisella itsellään.

Tutkimuksessani olen pyrkinyt hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamiseen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemiin hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa.²⁵ Hyödyntämäni tutkimusaineisto on julkinen, joten anonymiteettiin tai tutkimuslupiin liittyvät hyvät tieteelliset käytännöt eivät koskettaneet tätä tutkielmaa. Käyttämäni tiedonhankinta- tutkimus-, ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen

²⁵ Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tutkielmaa kirjoittaessani olen pyrkinyt avoimuuteen ja tutkimusprosessin auki kirjoittamiseen, jotta lukija voi itse arvioida tekemiäni ratkaisuja.

Tutkimuksen teossa olen ottanut huomioon kärkihankkeessa tekemäni kolmen kuukauden työjakson vaikutukset tutkimukselle. Olen pyrkinyt tarkastelemaan aineistoani mahdollisimman objektiivisesti, mutta hyödyntänyt analyysissäni käytännön työn herättelemää pohdintaa. VESOTE-kärkihankkeessa tekemäni työ ajoittui vuoden 2018 loppuun, jolloin pro gradu -tutkielmani oli jo pitkälle työstetty. Vuoden 2017 harjoitteluni ohjasi mielenkiintoani tutkimuksen tematiikkaan nähden, mutta työnantajani ei millään tavalla ohjannut tutkimukseni aiheen tai aineiston valintaa enkä tehnyt tutkimusta minkään tahon tilauksesta. Työssäni tutkimusharjoittelijana ja hankeyöntekijänä tehtäviini kuului muun muassa prosessikuvausten tekoa ja loppuraportin kirjoittamista, joten vaikutukseni hankkeen sisällölliseen tuottoon olivat vähäiset. Päätävässä ja suunnittelevassa asemassa hankkeessa oli projektisuunnittelija.

5. Terveyden hallinta hallituksen kärkihankeohjelmassa

Olen purkanut aineistoa siitä näkökulmasta, mitä hallintaan ja terveystieteiden liittyviä diskursseja aineistosta on löydettävissä ja miten näillä löydettyillä diskursseilla on vaikutusta kansalaisten terveyden kontrollointiin. Lähestyin aineistoani muutaman lähilukukerran avulla, jonka jälkeen teemoitin aineistosta vahvasti esille nousevat teemat. Näiden teemojen pohjalta muodostin analyysissä neljä diskurssia: tiedon- ja asiantuntijuuden, vastuun, välittämisen ja uhkien diskurssit.

Analyysissani kiinnostukseni kohdistui tiedon- ja asiantuntijuuden, vastuun, välittämisen ja uhkien representatiivisuuteen eli tapoihin, joilla maailma, tieto tai ideologia esitetään näiden teemojen kautta silloin kun puhutaan terveydestä. Representatiivisella lukutavalla pyrin vastaamaan *mitä*- muotoisiin kysymyksiin, kuten siihen, mitkä seikat ovat terveyden ja hyvinvoinnin kannalta keskeisimpiä. Mitä elementtejä painotetaan ja mitä puolestaan jätetään sanomatta. Analyysissani esitin aineistolle myös haastavampia *miten*-kysymyksiä. Niiden avulla pohdin syvemmin sitä, miten aineistosta esille nostamani diskurssit osallistuvat kansalaisten terveyden haltuunottoon ja hallintaan. Oletuksenani on, että diskursseilla on vahva asiantiloja tuottava vaikutus.

Tulkitsen aineiston edustavan kattavasti yleisesti ”oikeana” pidettyä suomalaista terveystieteiden politiikkaa. Katson, että aineistoni terveystieteellisen retoriikan on merkitystä käytännön politiikkaan, eli siihen, millaiseksi sosiaalista ja yhteiskunnallista sekä yksilön toimintaa määrittelevät säännöt, ohjeistukset ja rajoitukset muodostuvat. Alla olevaan kaavioon on koottu analyysini pääelementit:

Kaavio 2 Analyysi

Metadiskurssi	Yksilöllinen	Yksilöllinen/yhteiskunnallinen	Yhteiskunnallinen	Yhteiskunnallinen
Aladiskurssi	Vastuudiskurssi	Tieto- ja asiantuntijuusdiskurssi	Uhkadiskurssi	Välittämiskurssi
Piirteet	Oikeus- ja velvollisuuspuhe	Asiantuntijapuhe Tavoite- ja taitopuhe	Talouspuhe Uudistuspuhe	Eriarvoisuuspuhe
Hallintatapa	Yksilön vastuuttaminen ja itsekontrollin lisääminen	Lääketiede totuutena Terveysasiantuntijat määrittelijöinä	Hallinta uhkakuvilla	Huono-osaisten määrittely ja heidän elämänsä haltuunotto
Seuraukset	Terveys on keskeinen osa jokaisen elämää ja vastuuta	Terveysasiantuntijoiden valta on yhteiskunnallisesti suuri	Varojen ja leikkausten kohdistamisen oikeutus	Toimenpiteiden kohdistamisen oikeutus

Analyysissani metadiskurssien nimeäminen perustuu kunkin aladiskurssin luonteeseen ja hallinnan kohdentumiseen joko suoraan yksilöön tai välillisesti erilaisiin väestöryhmiin ja yksilöihin. Olen esimerkiksi luokitellut tieto- ja asiantuntijuusdiskurssin kuuluvaksi sekä yksilölliseen että yhteiskunnalliseen, sillä tiedon diskursseissa väestön terveys pyritään ottamaan haltuun kahtalaisesti. Ensinnäkin väestön terveyden haltuun ottaminen oikeutetaan yhteiskunnallisesti asiantuntijoiden omaaman tiedon kautta. Toisaalta asiantuntija ottaa tietäjän, ”mentorin” roolin ja yksilöllisellä tasolla ohjaa asiakasta toimimaan kulloistenkin terveyssuositusten mukaisesti. Yksilölliseen metadiskurssiin lukeutuvassa vastuun aladiskurssissa puolestaan hallinta perustuu ennen kaikkea yksilön vastuuttamiseen ja siten yksilön terveyskäyttäytymisen ohjaamiseen. Yhteiskunnallisen metadiskurssin sisään kuuluvassa uhkadiskurssissa puolestaan kohdennus on selvästi yhteiskunnallinen. Suomen julkisen talouden heikko tilanne nähdään yhteiskunnallisena seikkana, joka pakottaa esimerkiksi erilaisia ryhmiä koskeviin toimenpiteisiin. Kaaviossa esitelty diskurssien piirteet kertovat aineistossa nousseesta puhetyylistä, diskurssista, joka toimii muodostamieni diskurssien pohjana. Kaikki diskurssit kuitenkin toimivat yhdessä ja limittäin. Kuten seuraavissa analyysiluvuissa kerron, tukevat diskurssit tiiviisti toisiaan ja esimerkiksi välittämisen ja vastuun diskurssit toimivat läheisesti yhdessä.

5.1 Tieto ja asiantuntijuus

Tässä luvussa käsittelen terveystieteen asiantuntijuuden suhdetta tietoon, totuuteen ja asiakkaan kohtaamiseen. Keskeistä on etenkin uusi asiantuntijuus, jonka perustavanlaatuiset elementit nousevat aineistossa vahvasti esille. Punaisena lankana analyysiluvussa kulkee terveystieteen kansalaisuutta koskevassa luvussa mainittu terveystieteen kansalaisuuden ensimmäinen merkitysulottuvuus, jossa on kyse kansanterveystieteen valistuksellisesta puolesta ja terveydenhoidon sanoman levittämisestä suurille väestöryhmille. (Helén & Jauho 2003, 14–15.) Yhdistelen analyysissäni aineistosta nousevia teemoja sekä siihen liittyvää yhteiskuntatieteellistä teoriaa yhteiskunnalliseen keskusteluun.

Tiedon ja taidon lisääminen – ”oikeaa tietoa kansalaisille”

Tieto on perinteinen asiantuntijuutta määrittelevä elementti ja asiantuntijan ja maallikon välisessä suhteessa tiedon käytöllä ja hallinnalla on osapuolia erottava merkitys. (Vähäaho 2002, 75.) Terveyden ja tiedon saralla keskeistä on myös medikalisaatio, jonka kautta erilaista moraalijärjestystä rakennetaan. Tämän moraalijärjestyksen keskiössä on terveellinen elämä, jota puolestaan käsitykset tai tieto terveistä elintavoista määrittelevät. Käsitykset terveistä elintavoista muodostuvat siten moraaliksi normeiksi, jolloin yksilöt kokevat velvollisuutta sitoutua niihin. Moralisia terveystietoja ”valvovat” yhteiskunnalliset terveyden portinvartijat, asiantuntijat, jotka osallistuvat normittamiseen yhä laajemmin ja yhä useammilla yhteiskunnan sektoreilla. Tästä syystä terveyden ja tiedon saralla vallankäytöstä keskusteleminen on olennaista (Haapakoski 2002).

Leena Warsellin (2004, 424) mukaan lääketieteen professiota voidaan myös pitää yhtenä kolmesta vahvimasta ammatillisesta professiosta oikeustieteen ja insinööritieteiden lisäksi ja sen asema kansanterveystieteen asiantuntijuuden kehittämisessä on kiistaton: *”se, mikä lääketieteen nimissä oikeaksi osoitetaan ja oikeaksi uskotaan, oikeuttaa asiantuntija-arvovallallaan myös kaikki ne toimet ja toimenpiteet jotka näiden seurauksena joko ehkäisyn tai parantamisen nimissä tulee tehdä”*. (emt.,)

Vallankäyttö on kuitenkin vain osa asiantuntijavaltaistumisen ilmiötä, sillä medikalisaatio ja asiantuntijatiedon oikeuttama vallankäyttö ei toimi ilman kansalaisten sitoutumista niiden sisällä esitettyjen väitösten oikeellisuuteen. (Haapakoski 2002.) Hallintamentaliteetti, yksinkertaistettuna kollektiivisen ajattelun muoto, syntyy asiantuntijuutta ja auktoriteettia yhdistelevien poliittisten rationalisointien avulla. Asiantuntijoiden ja heidän tarjoamansa asiantuntijatiedon avulla kansalaisia

sitoutetaan hallintakoneiston eli regiimin päämääriin. (Miller & Rose 2010, 83, 88–89.) Jotta päämääriin sitoutuminen onnistuisi, tulee kansalaisten ”ostaa” tarjotut terveysfaktat.

Tieto- ja asiantuntijadiskurssissa terveys representoitui ennen kaikkea lääketieteellisen tiedon kautta. Terveiden keskeisimmät rakennusaineet olivat asiakirjoissa melko yhteneväisiä, joskin vaihtelua oli esimerkiksi kohderyhmäpainotuksista riippuen. Asiakirjoissa terveys linkitettiin useasti ravintoon, liikuntaan, mielenterveyteen, sosiaalisiin suhteisiin, uneen, päihteidenkäyttöön, omiin voimavaroihin ja pystyvyyden tunteeseen sekä asuinoloihin. Myös esimerkiksi tunne-, tietoisuus- ja vuorovaikutustaidot mainittiin. Keskeisiä olivat myös terveyden ”portinvartijat”, kuten lääkärit tai muut terveysammattilaiset, joille oikeus määritellä terveys tai sairaus, yhteiskunnassamme pitkälti kuuluu. Näillä terveysammattilaisilla oli kaitsijan roolin lisäksi myös yksilöä positiivisella tavalla motivoivan mentorin rooli, joka näkyy etenkin elintapaohjauksen esille nousussa.

”Mentoroinnin” ja terveysammattilaisten- ja asiantuntijoiden valta pohjautui koulutuksella hankittuun tietotaitoon. Toisaalta voisi ajatella, että yksilö itse olisi oman, moniulotteisen terveytensä kokija ja näin ollen asiantuntija, eikä teoreettinenkaan tieto ole vain asiantuntija-ammattissa toimivien yksinoikeus (Haapakoski 2002, 108). Kansalaisten oman terveysasiantuntijuuden ja tiedon hyödyntäminen näkyy tämän tutkielman ulkopuolelle kuuluvan *palvelut asiakaslähtöisiksi*-projektin asiakirjoissa kokemusasiantuntijuuden ja asiakkaan osallistumisen toimintamallin muodossa. *Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön*-projektissa kansalaisten oma asiantuntijuus tulee puolestaan esille esimerkiksi vertaishenkilöiden käytössä:

”Mielenterveystaitojen vahvistamisessa on hyvä hyödyntää myös vertaishenkilöitä.”
(A4, 10)

”Yhteinen keittiö [-projekti] voi toimia alustana monille hyville vertaistuen toimintamalleille.”(A4, 11)

Aineiston mukaan terveyden ja hyvinvoinnin lisäämisen haasteena on se, että kansalaisten ja terveysasiantuntijoiden terveyskäsitykset eivät kohtaa ja kansalaisilla on ”väärää tietoa” terveydestä. Sen mukaan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä on runsaasti ristiriitaisia käsityksiä ja tutkitun tiedon lisäksi median, internetin ja sosiaalisen median kautta välittyvä tieto vaikuttaa kansalaisten terveyskäsityksiin.

”Useiden tekijöiden osalta kansalaisten ja tiedeyhteisön käsitykset terveysriskeistä poikkeavat toisistaan. On tärkeää välittää oikeaa tietoa ihmisille heidän tavoittavien kanavien välityksellä ja parhaiten soveltuvilla viestinnän keinoilla”. (A1,7.)

Sen lisäksi, että terveystieteet eivät asiakirjojen mukaan kohtaa, asetetaan niin kutsuttu ”tutkittu tieto” kansalaisten omia terveystieteitä tärkeämmäksi ja oikeellisemmaksi. Toisaalta aineistossa ei avata, minkälaisesta tutkitusta tiedosta on kyse ja minkälainen tutkittu tieto on ”oikeaa”. Nähtävissä on ”telling”- kirjoittamisen muoto, jota Carolyn Taylor (2008) kuvasi institutionaalisille teksteille ominaisena. Telling-kirjoittamisessa väitteitä esitetään ilman perusteluja tai lähteitä. Löysin asiakirjoista useita esimerkkejä, jotka kuvaavat miten kärkihankkeen toimintaan liittyviä totuus- tai tietoväitteitä esitetään ilman perusteluja:

”Kärkihankkeella voidaan vaikuttaa ihmisten osallisuuteen, mielenterveystaitoihin sekä elintapoihin, kuten liikunta- ja ravitsemustottumuksiin nukkumistottumuksiin, alkoholinkäyttöön, sekä tupakointiin” (A1, 7.)

”Päihde- ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein yhteen, ja niiden ehkäisyssä on osittain yhteisiä elementtejä. Säännöllinen liikunta ehkäisee ja lievittää masennus- ja ahdistusoireita. Työperäinen stressi on kytköksissä huonoihin elintapoihin, kun taas terveet elintavat tukevat stressin säätelyssä.” (A1,10.)

Faktatiedolla perusteleminen kuuluu vaikuttavien poliittisten rationalisointien episteemiseen luonteeseen. (Rose 1991, 24–31, 47–51). Faktaväitteet suuntautuvat aineistossa etenkin hankkeiden ja projektien vaikuttavuuteen sekä yleisinä totuuksina pidettyihin terveystieteisiin. Tässä mielessä esimerkiksi tieteelliset tekstit ja monet institutionaaliset asiakirjat eroavat toisistaan. Tieteellisissä teksteissä lukijalle annetaan mahdollisuus tarkastella tekstiä kriittisesti ja arvioida itse kirjoittajan tai kirjoittajien käyttämiä lähteitä. (Taylor 2008, 36.)

Tiedon ja vallan yhteenliittymän kautta väestön kontrolli mahdollistuu. Foucault puhuu biovallasta, joka hänen mukaansa muodostuu kurivallan ja biopolitiikan sommitelmasta. (Foucault 1998, 99–102.) Väestön kontrolli mahdollistumiseksi tarvitaan myös systemaattista laskelmallistamista, eli hallittavaksi tekemistä. Hallittavaksi tekeminen liittyy tiedon ja totuuden perusteella toimeenpantavaan vallankäyttöön, joka puolestaan nojaa väestön hyvinvoinnista huolehtimiseen. (Hänninen & Karjalainen 1997, 21.) Hallittavaksi tekemisessä asiantuntijoiden tekemä luokittelu on keskeisessä roolissa ja kuvastaa asiantuntijan hierarkkisesti ylempää positiota asiakkaaseen nähden. Tämä hierarkia tulee ilmi esimerkiksi tavoitepuheessa, joka edustaa asiantuntijoiden tapaa jäsentää ja kategorisoida kansalaisten todellisuutta. Asiantuntijat ottavat asiakkaan elämän ja todellisuuden haltuun tavoitteellisena prosessina ja hallitsevat sitä erilaisten suunnitelmien sekä alku- ja loppuarvioiden avulla. (Raitakari 2006, 236.)

*”Hanketoimijoiden tuella - - juurrutetaan yhtenäiset käytännöt **elintapamuutosten seurannan dokumentointiin ja arviointiin** - -.” (A4, 7)*

*”Hankkeen toteuttamisen edellytyksenä on - - **toiminnan laadun arviointi**.” (A4, 7)*

*”Mini-interventiolla tarkoitetaan terveydenhuollossa tapahtuvaa alkoholinkäytön puheeksiottoa, riskikulutuksen tunnistamista, ohjausta ja **seuranta** alkoholinkäytön **vähentämiseksi**.” (A4, 9)*

Tavoitteellisesta prosessista hyvänä esimerkkinä on elintapaohjaus, joka aineistossa esiintyy esimerkiksi kärkihankkeen hyvät käytännöt pysyvään käyttöön- projektin laajimmassa sisältökokonaisuudessa ”elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa”. Elintapaohjauksessaan asiakkaan suhde tavoitteisiin ei ole määräävin tekijä, joskin hoidon räätälöinti mainitaan etenkin päihdeongelmista kärsivien kohdalla:

*”Kaikille tupakoiville **tarjotaan räätälöityä tupakasta vieroitusta** joko tupakkaklinikalla tai muualla terveydenhuollossa.” (A4, 9)*

Asiakkaan henkilökohtaisen tiedon ja terveystietämisen roolin pienuus on asiakirjoissa kiinnostava, sillä se asettuu nykyajalle tyypillistä, uusliberalistista, yksilökeskeistä ja elämyshakuista hyvinvointinäkemystä vastaan. Näiden periaatteiden mukaisesti on mahdollista kysyä, voidaanko yhteiskunnallisen asiantuntijatason terveystiedolla oikeasti ”tietää” yksilöllisellä tasolla eniten hyvinvointia tuottavat asiat? Hyvinvointia tuottavat asiat saattavat yksilötasolla erota paljonkin siitä, mitä yhteiskunnan arvot ja tavoitteet sanelevat.

Tiedon lisäksi asiakirjoissa puhutaan useasti myös erilaisista terveyteen liittyvistä taidoista ja kyvyistä, jotka yksilön on omaksuttava ylläpitääkseen terveyttään ja ollakseen hyvä, tuottelias kansalainen. Aineistossa puhutaan muun muassa mielenterveystaidoista, tunnetaidoista, vuorovaikutustaidoista, tietoisuustaidoista ja vastuunottokyvystä. Analyysissani olen linkittänyt taitokysymykset vastuukysymyksiin. Tämä johtuu siitä, että erilaisten taitojen opettelemiseen ja omaksumiseen kohdistuu yhteiskunnallisia paineita. Se, että asiakirjoissa puhutaan esimerkiksi mielenterveystaitojen lisäämisestä tai stressinsietokyvyn kasvattamisesta, asettaa yksilölle vastuun näiden ominaisuuksien hallitsemisesta. Yhteiskunta voi tuki tarjota apua ja resursseja taitojen kerryttämiseen esimerkiksi valistamisen tai terveystietämisen keinoin, mutta loppujen lopulta päävastuu on yksilöllä itsellään.

Yksilöllisellä tasolla kykyjen ja osaamiseen liittyvä valistus tai terveyskasvatus tarkoittaa asetelmaa, jossa hoitaja neuvoo potilasta asioissa, jotka koskevat hänen elintapojaan. Samalla potilas kuitenkin näyttäytyy myös yhteistyökumppanina jonka kanssa asioita selvitetään. Vaikka potilas usein määritelläänkin erilaisten lääketieteellisen toimenpiteiden kautta, hänet nähdään myös palveluja käyttävänä asiakkaana jonka toiveita tulee kunnioittaa. Potilaalla on toisin sanoen valtaa kyseenalaistaa sairaanhoidon asiantuntijuutta. (Eriksson 2002, 52, 55.)

Asiakirjoissa terveydenhoidon piirissä olevan henkilön potentiaali asiantuntijuuden kritisoinniseen tulee ilmi sanavalinnassa ”asiakas”.

*”Työtä kohdennetaan niin, että se tukee erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden suhteen heikommassa asemassa olevia väestöryhmiä. Tämä edellyttää hyvien käytäntöjen muotoilua **asiakasosallisuuden** ja palvelumuotoilun keinoin.”* (A1, 10)

Autonomisuutta, omaa asiantuntijuutta ja kuluttajuutta kuvaava termi *asiakas* näkyy laajemminkin terveydenhuoltoa koskevassa nykykeskustelussa perinteisen potilas-termin sijaan. Potilas-termi puolestaan näkyy asiakirjoissa ainoastaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla. Heistä puhuttaessa aineistossa käytetään yhdistelmää ”potilas tai asiakas”:

*”Tarvittaessa suunnitellaan yhdessä **potilaan tai asiakkaan** kanssa alkoholin vähentämisen tavoitteet ja toteutus.”* (A4, 9)

Asiakirjoissa asiantuntijatyön ideaalille muodostuukin vastavuoroisuuden elementtejä, joissa ammattiauttaja pyritään näkemään asiakkaan kumppanina ongelmasta neuvottelemassa (Peltomäki ym. 2002, 81). Ongelman lisäksi asiakas neuvottelee myös hoitoonsa liittyvistä kysymyksistä. Keskusteluissa asiakaslähtöisestä asiantuntijuudesta painotetaan sitä, että asiantuntijan on otettava huomioon asiakkaan yksilöllisiä tarpeita. On kuitenkin esitetty, ettei auttamisen kohteena oleva asiakas välttämättä kykene vaikuttamaan häntä koskeviin asiantuntijakäytäntöihin, vaikka toiminnassa haluttaisiinkin siihen pyrkiä. (Juhila & Pösö 2000, 57 ref., Eriksson 2002, 51.)²⁶ Näin asiakkaan tarpeet otetaan luonnollisesti huomioon, mutta niitä kuitenkin määritellään erilaisten asiantuntijakäytäntöjen raamien sisällä (Eriksson 2002, 51).

Terveydenhuollon saralla asiakkaan toiveiden huomioon ottaminen ja asiakaslähtöisyys ovat aina rajallisia siinä mielessä, että esimerkiksi resurssien, erilaisten lakien ja asiakkaan turvallisuuden

²⁶ Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja. 2000. ”Sosiaalityön toimintakulttuurit – etnografista ymmärrystä ja diskurssianalyttistä tarkastelua yhdyskuntapalvelun soveltuvuusselvityksistä”. Teoksessa *Sosiaalityön tutkimus – metodologisia suunnistuksia*. Synnöve Karvinen, Tarja Pösö & Mirja Satka (toim.) SoPhi: Jyväskylä. 171–206.

mukaan kaikkia asiakkaan hoitoon liittyviä tarpeita ja toiveita ei voida toteuttaa. Terveydenhuollon piirissä tapahtuvat asiakaslähtöiset toimintatavat eroavat aina esimerkiksi konsultoinnin tyyppisestä asiakaspalvelutyöstä, jossa palvelu muotoillaan asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti (ks. esim. Haapakoski 2002, 113).

Nykyajan terveydenhuollon asiakas on aktiivinen osapuoli, joka esittää vaatimuksia. Tämä on yhtäältä seurausta yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta yksilöllistymisestä. Toisaalta asiantuntijajärjestelmien ylläpitämisessä yksilön järjestelmiin kohdistama luottamus on olennaisessa asemassa (Giddens 1990, 88–91 ref., Eriksson 2002, 52.)²⁷ ja kulutusyhteiskunnassa asiantuntijapalvelujen ja kysynnän tasapainoa pidetään yllä luottamuksen kautta. Näin ollen yhteiskunnan asiantuntijavaltaistuminen ei ole ainoastaan yksisuuntainen valtasuhde, jossa asiantuntija tarjoaa tai vaatii ja potilas vastaanottaa.

Asiakkaiden valta näkyy esimerkiksi siinä, kuinka erilaisia palveluita ja erilaista asiantuntemusta joudutaan markkinoimaan. Kollektiivisia arvoja painottava palveluhenkisyys terveydenhoito- ja sairaalaympäristössä on vaihtumassa yksilöllisesti räätälöityjen hoivapalvelujen markkinointihenkisyydeksi. (Eriksson 2002, 52). Suuntausta kutsutaan konsumeristiseksi ideologiaksi terveydenhuollossa, joka näkyy palvelujen tuotteistamisessa tekemällä ne asiakkaille mahdollisimman houkutteleviksi. Tätä kuvaa vuorovaikutteisuuden lisääntyminen erilaisissa potilaan ja henkilöstön välisissä institutionaalisissa kanssakäymisissä (Sarangi & Slembrouck 1996, 295 ref. Eriksson 2002, 53.)²⁸ sekä mentorimaisen ja henkilökohtaisen elintapaohjauksen palvelujen esiinnousussa. Keskustelevuus näkyy asiakirjoissa ennen kaikkea asiakkaiden henkilökohtaiset toiveet huomioon ottavassa toiminnassa sekä asiakasosallisuuden menetelmissä:

”Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön -projektin valtionavustushankkeiden tulee tarjota Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihankkeelle mahdollisuus arvioida käyttämiään asiakasosallisuuden menetelmiä”. (A1,10)

”Räätälöity tuki tupakoinnin lopettamiseen sekä elintapaohjaus ovat hyviä työkaluja niin perus- kuin erityispalveluissa.” (A4, 9)

Keskustelevuutta pidetään keskeisenä uusia asiakaskohtaamisen käytäntöjä muodostavana tekijänä (Fairclough 1992) ja niinpä asiakkaan asiantuntijuus on hiljalleen alettu hyväksyä ammattilaisten asiantuntijuuden rinnalle. Asiakkaiden asiantuntijuudella ja ”asiakastiedolla” voidaan tuottaa

²⁷ Giddens, Anthony. 1990. *The Consequences of Modernity*. Stanford University Press.

²⁸ Sarangi, Srikant & Slembrouck, Stefan. 1996. *Language, Bureaucracy and Social Control*. Routledge, 1st. edition.

uudenlaisia näkökulmia ja ulottuvuuksia työn kohteena olevan asian ymmärtämiseen. Myös auttamistyön ammattilaiset saattavat hyväksyä aikaisempaa tasavertaisemmin autettavan tuottamaa tietoa työn kohteena olevasta ongelmasta. Tällöin työn kohdetta lähestytään ikään kuin kahdesta näkökulmasta, josta tuotetaan kahta erilaista tietoa: arjen kokemustietoa ja ammattilaisen asiantuntijätietoa, eli auttajan tietoa. (Peltomäki ym. 2002, 91.) Toisaalta uudessa asiantuntijuudessa keskeinen asiakkaan autonomisuuden ja ”asiakastiedon” korostaminen voi asettaa hoidon kohteena olevalle osapuolelle vaatimuksia, joihin asiakas ei yllä. Asiakkaalle voi tulla tunne, että hänen täytyy itse osata räätälöidä itselleen oikeanlaista palvelua. Riskinä on myös asiakkaiden erilaisista kyvyistä ja resursseista kumpuava terveystalvelujen eriarvoistuminen. He, jotka tietävät, osaavat ja pystyvät vaatimaan, voivat saada parempaa palvelua.

Ammattilaisen ja asiakkaan yhteisessä vuorovaikutuksessa tuotettu ilmiötieto on alati muuttuvaa. Vuorovaikutuksessa syntyvä tieto ei myöskään kumoa kohteesta jo olemassa olevaa tietoa vaan kumuloituvana prosessina tuo vanhan rinnalle uudenlaisia näkökulmia. Ilmiötieto muokkaa esimerkiksi työtapoja, asiantuntijuutta, puhetapoja ja käsitteitä. (Emt.,) Kontekstin avoimeksi jättävä, luottamukseen perustuva sekä kommunikaatiolle ja neuvottelulle antautuva avoin asiantuntijuus muuttaa asiantuntijatyön dynamiikkaa (Eräsaari 2002, 21–58).

Uuteen asiantuntijuuteen kiinnittyvä asiakaslähtöisyys liittyy kuitenkin myös konsumeristiseen suuntaukseen ja kulutuksen aspekteihin, sillä sen avulla asiakkaille voidaan markkinoida erilaisia tarpeita. Tarjottujen tuotteiden tai palvelujen merkitys tulee oikeuteuksi humanistisen arvojärjestyksen kautta, sillä asiantuntijat osoittavat tiettyjen terveystalvelujen koituvana asiakkaiden parhaaksi. Asiakkaat ikään kuin ostavat nämä käsitykset ja sitoutuvat niihin, koska ne perustuvat humanismin legitimoimaan moraaliin. Voidaan ajatella, että kyse on markkinatalouden mekanismeista jotka elävät humanien periaatteiden suojissa. (Eriksson 2002, 172.)

Konsumeristinen suuntaus voi tulla näkyville esimerkiksi siinä, kun lihavuudesta kärsiviä asiakkaita ohjataan elintapaohjauksessa erilaisten yritysten tuottamien liikuntapalvelujen pariin. Informaatiotulva yhdistettynä konsumerismiin ja humanien periaatteiden suojissa toimivaan ”terveysbisnekseen” saattaa hämärtää kuluttajien käsityksiä ”oikeasta” ja ”väärästä” terveystiedosta ja siten vaikuttaa haitallisesti kuluttajien valintoihin. Uusi asiantuntijuus, erityisesti liike-elämää palveleva asiantuntijuus saattaa etäännyttää tieteellisestä tiedosta ja muuttaa koulutuksen ja ammattitaidon välistä suhdetta (Haapakoski 2002, 105, 109).

(Terveys)ammattilaisten muuttuva työnkuva ja asiakkaan paikka muutoksessa

Monet tutkijat näkevät perinteisen professionaalisen asiantuntija- ja auttamistyön murenevan. Syynä on se, ettei se enää vastaa myöhäismodernin yhteiskunnan nopeasti muuttuviin tilanteisiin, eikä asiakkaiden yksilöllisiin toiveisiin. Siksi moderni asiantuntijuus joutuu mukautumaan ainaiseen liikkeeseen, kritiikkiin ja tietynlaiseen valmiustilassa olemiseen. (Peltomäki ym. 2002, 87.) Uudenlainen asiantuntijuus vaatii ammattilaisilta ja asiantuntijoilta erilaista sopeutumista sekä tietojen ja taitojen päivittämistä. Esimerkiksi aineistona olevissa asiakirjoissa taidon ja voimavarojen lisäämisen saralla päätavoitteena on etenkin jo olemassa olevien terveysasiantuntijoiden lisä- ja täydennyskoulutus, mutta myös esimerkiksi mielenterveystaitojen osalta on tarkoitus kouluttaa lisää ammattihenkilöstöä:

*”Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa neuvotellaan erikseen yhteisrahoitteisesta toiminnasta sosiaali- ja terveydenhuollon ammatti-henkilöiden itsemurhien ehkäisyä koskevan **osaamisen vahvistamiseksi** (varattu rahoitus 0,25 miljoonaa euroa)”. (A1, 11)*

*”Hankkeen tavoitteena on varmistaa neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvä sisältö- ja neuvontaosaaminen **täydennyskoulutuksen ja tukimateriaalien avulla**.” (A4, 8)*

*”Tavoitteena on johdon ja keskeisten ammattilaisten **osaamisen vahvistaminen ja sitouttaminen** - -.” (A4, 9)*

Väestön mielenterveystaidot ja eri alojen ammattihenkilöiden mielenterveysosaaminen- valtionavustushankkeen hakuilmoituksessa mainitaan, että tarkoituksena on kouluttaa 80 prosenttiin kunnista ammattihenkilöitä, jotka jatkossa vahvistavat eri aloilla työskentelevien ammattihenkilöiden mielenterveyden osaamista omassa kunnassaan esimerkiksi kurssi- tai työpajamuotoisilla koulutuksilla.

Uusi asiantuntijuus korostaa toiminnan verkostoitumista muiden auttamistahojen kanssa, moniammatillisuutta, tavoitettavissa olemista, toiminnan kokonaisvaltaisuutta ja joustavaa asiakkaan kohtaamista. Pyrkimyksenä on toiminnan fyysinen liikkuvuus ja tiettyyn tilaan sitomattomuus, arkipäiväisyys, muutosvalmius, julkisuus ja avoimuus. (Juntunen 1999, 9-13 ref., Peltomäki ym.

2002, 89.)²⁹, joka näkyy myös aineistossa. Asiantuntijuuden murrokseen liittyvän ammattilaisten lisäperehdyttämisen osalta asiakirjoissa puhutaan muun muassa ammattilaisen osaamisen vahvistamisesta sekä sitouttamisesta. Asiakirjoissa mainitaan myös ammattihenkilöiden liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvä sisältö- ja neuvontaosaamisen varmistaminen, joka tapahtuu tukimateriaalien ja täydennyskoulutuksen avulla. Huolena on, että asiantuntemuksen riittämättömyys aiheuttaisi tulosten heikkenemistä:

”Tulokset heikkenevät, jos asiakkaiden ohjaustarpeita ei tunnisteta ajoissa, tuen järjestäminen viivästyy, siihen ei varata asiakkaan tarvitsemaa aikaa, ohjaus ei ole asiakaslähtöistä tai riittävän asiantuntevaa.” (A4,7)

” - - on tärkeää, että eri aloilla ihmisten kanssa työskentelevillä ammattihenkilöillä on riittävä ymmärrys mielenterveydestä ja että he tunnistavat mielenterveyden heikkenemisestä kertovat muutokset yksilöissä.” (A4, 10)

Aineiston mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulee olla hallussaan ”riittävät taidot” ja näyttöön perustuvat menetelmät, sekä keinoja ottaa vaikeatkin terveysongelmat puheeksi ja ohjata asiakasta eteenpäin. Ammattihenkilöstön terveystaitovaatimuksiin lukeutuu myös asiakkaiden tukeminen.

Terveysalan ammattilaisten työ on monipuolista ja se kategorisoidaan esimerkiksi suunnitelmien laatimiseksi, sosiaalseksi tueksi, kirjaamiseksi, asiantuntemuksen levittämiseksi, valvonnaksi, erilaisten sairaus- ja riskitekijöiden määrittelemiseksi ja koulutuksen tarjoamaan tietotaitoon perustuvaksi neuvonnaksi. Näistä kategorisoinneista muodostuu terveysammattillinen ideaali (ks.esim. Raitakari 2006, 237). Terveysasiantuntijat osallistuvat vahvasti myös monenlaisten ongelmien määrittelyyn ja ratkaisuun. Asiakirjoissa ongelmien määrittely ja niihin puuttuminen tuleekin vahvasti esille ja kuvaa hyvin lääketieteelle tyypillistä ongelmakeskeisyyttä ja tapaa käsitteellistää ja hallita erilaisia ilmiöitä. Aineistossa puhutaan esimerkiksi moniongelmaisuudesta ja ongelmien linkittymisestä toisiinsa.

”Päihde- ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein yhteen ja niiden ehkäisyssä on osittain yhteisiä elementtejä.” (A1,10)

²⁹ Juntunen, Kirsi. 1999. ”Kriisikeskus täydentää julkisia palveluja”. Teoksessa *Kriisi elämän mahdollisuutena*. Kristina Salonen, Marja-Liisa Dundert & Kirsi Juntunen (toim). Suomen Mielenterveysseura.

Asiakirjoissa muodostuvan terveystammatillisen ideaalin täytyminen näyttää asiakirjoja tulkitsevan lukijan mielestä vaativalta. Vaatimuksien osalta työläältä kuulostaa esimerkiksi ammattihenkilöstön jalkautuminen erilaisiin yhteisöihin:

”On myös suotavaa, että neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon ammattilaiset tukevat omalta osaltaan myös lasten terveyttä edistäviä ympäristöjä - - esimerkiksi jalkautumalla yhteisöihin jakamalla asiantuntemusta ja levittämällä työvälineitä.” (A4, 8)

Jalkautumisessa sekä sektoreiden välisessä yhteistyössä kyse on vahvasti tiedon ja työtapojen soveltamisen kautta tapahtuvasta asiantuntijatiedon liukumisesta epävirallisemmille kentille (ks.esim. Haapakoski 2002, 113).

”- - toiminta tulisi organisoida sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi muiden hallintokuntien, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyöksi.” (A4, 7)

Asiantuntemuksen kytkeytyminen ja jalkautuminen kaikille ihmiselämän osa-alueille mahdollistaa yhä moninaisempia totuuksien esittämisen alueita. Kehitys on myös itseään ruokkivaa: kun asiantuntija määrittelee esimerkiksi jonkin sosiaalisen ongelman ja tarjoaa siihen apua, mahdollistuu uusien asiantuntemuksen alueiden ja asiantuntemuksen tyyppien syntyminen (Eriksson 2002, 171).

Kaiken yllä mainitun lisäksi terveystammatilaisten- ja asiantuntijoiden työhön sisältyy myös runsaasti vastuuta. Vastuun ohella asiantuntijuusdiskursseihin – etenkin terveyteen liittyviin asiantuntijuusdiskursseihin - liittyy olennaisesti tietynlainen vakavuus. Esimerkiksi vakavia asioita koskevat selonteot jätetään asiantuntijoiden tehtäväksi. Vakavuuden saralla uskottavuutta ja hyväksyttävyyttä tarkkaillaan ja valvotaan huolellisesti ja sen rikkoutumisen ajatellaan aiheuttavan epäluottamusta sekä ihmisiin että asioihin. Vakavuuden ympärille myös muodostuu erilaisia valistuskampanjoita ja tieteellisten sääntöjen mukaisia raportteja sekä tietoa. (Eräsaari 2002, 27–28.)

Terveyteen liittyvät tempaukset ja valistuskampanjat ovatkin varmasti monille tuttuja ja ne näkyvät erilaisissa instituutioissa, kuten kouluissa ja työpaikoilla sekä myös mediassa ja katukuvassa. Esimerkiksi vuonna 2017 Yleisradion Vaakakapina ”- - veti kuukausiteemoillaan lääkärit, ministerit, kuntokeskukset ja ikilaihduuttajat mukaan rintamaan. Kampanja mursi läskimyyttejä ja haastoi purkamaan kehovihan kulttuuria.”³⁰ Terveyskampanjoita on ollut olemassa iät ajat, joskin niiden

³⁰ Vaakakapinan verkkosivut. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2018/01/16/vaakakapina-kansanliike-joka-mursi-pikadieettien-vallan>. Noudettu 22.1.2019.

tyyli on kokenut suuren muutoksen. Moittivasta valistamisesta on siirrytty positiivissävyiseen kannustamiseen ja kehopositiivisuuden korostamiseen. Kampanjoiden pyrkimys terveyttään ja hyvinvointia vaalivien terveystkansalaisten aikaansaamiseksi on silti edelleen hallintaa, joka on vain muuttanut muotoaan.

Sen lisäksi, että asiantuntijuuteen liittyvät ideaalit ja vaatimukset ovat muuttuneet tai muuttumassa, myös asiantuntijuuteen kohdistuva tutkimus on yhä enenevässä määrin kiinnostunut siitä, mitä esimerkiksi arkisissa asiakkaan ja asiantuntijan välisissä kohtaamisissa tapahtuu ja mikä merkitys on ei-ammattillisella tiedolla näissä vuorovaikutustilanteissa. (Peltomäki ym. 2002, 86.) Asiakirjoissa esimerkiksi terveysalan ammattihenkilöstön mahdollinen lisäkoulutuksen tarve vuorovaikutustaitojen osalta tuodaan esille. Kysymys vuorovaikutustaitojen riittävydestä kulminoituu lopulta siihen, tarvitseeko potilas enemmän yksilöllistä ja toiveet huomioon ottavaa kohtelua vai riittävätkö henkilöstön nykyiset vuorovaikutustaidot. Nykyisin puhutaankin ennen kaikkea lääkäreiden vuorovaikutustaitojen elvyttämisestä. (Eriksson 2002, 54.)

Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä on monista organisaatioista ja ammattilaisista muodostuva palveluntuottajien verkosto. Ammattilaisten toimiva yhteistyö yli organisaatorajojen voi olla haasteellista potilashoidon jatkuvuuden, eli organisaatio- ja sairausryhmärajat ylittävän hoidon yksilöllisen hallinnan kannalta. (Vähäaho 2002, 59.) Lähitulevaisuudessa kiinnostava kysymys on, miten tämä organisaatorajat ylittävä yhteistyö tulee toimimaan ja ryhtyvätkö terveydenhoidon ammattilaiset neuvottelevaan yhteistyöhön yhtä innokkaasti kuin asiakirjoissa toivotaan.

Kiinnostava kysymys koskee myös tiedon tuottamisen paikkoja. Perinteiseen tiedon tuottamiseen verrattuna ollaan tilanteessa, jossa tietoa voidaan tuottaa useammissa paikoissa kuin vain yliopistoissa. Esimerkiksi työterveyshuolto voidaan nähdä välitason organisaationa, joka yhdistelee monitasoista osaamista ja luo edellytyksiä käsitellä ongelmia, joita perinteiset erikoistuneet terveydenhuollon organisaatiot eivät pysty käsittelemään (Peltomäki ym. 2002, 97). Näen, että asiantuntijuus lepää kuitenkin vahvalla pohjalla. Susan Erikssonin (2002, 173) mukaan: *”asiantuntijuutta konstruoivat diskurssit, kuten lääketieteellinen tai hoitotieteellinen merkitysjärjestelmä, asiantuntijuutta legitimoivat diskurssit, kuten asiakaspalvelun vaatimuksen merkitykset sekä asiantuntijuuden asemaa ylläpitävät moraaliset diskurssit, kuten humanististen arvojen korostaminen ovat jatkuvassa yhteisvaikutuksessa ylläpitämässä asiantuntijuuden merkittävää asemaa kulttuurissamme”*

(Terveys)asiantuntijuuden sijoittaminen diskurssikaavioon poikkesi muista analyysini metadiskursseista, sillä mielestäni asiantuntijuus liittyy vahvasti ja samanaikaisesti sekä yhteiskunnalliseen että yksilölliseen. Yhteiskunnallisella tasolla terveysasiantuntijat toimivat ikään kuin terveyden portinvartijoina sekä tahoina, joilla on yhteiskunnan puolesta annettu valtaa määritellä, kartoittaa, ojentaa ja valistaa. He luovat suosituksia ja ohjeistuksia ”ylhäältä alaspäin” samalla kun yhteiskunta tarjoaa resurssit näiden tietojen ja ohjeistusten levittämiseen. Lukua kuvastaa hyvin Arja Haapakosken (2002) näkemys tiedon ja asiantuntijuuden pysyvistä ja muuttuvista elementeistä, jotka omassa analyysissäni nousivat vahvasti esille. Näitä olivat teoreettisen tiedon tarjoama valistamisen legitimizeetti, tiedon soveltaminen ja tiedon muuttuminen, taloudelliset reunaehdot sekä asiantuntijuuden leviäminen uusille aloille:

”Tieto on asiantuntijuuden rakentamisen perusta; asiantuntija ammentaa tietoperustansa teoreettisesta viitekehyksestä ja soveltaa sitä alueensa ymmärtämiseen, tulkitsemiseen ja toiminnan pohjaksi. Teoreettinen tieto on asiantuntija-aseman legitimaatiota, osaamisen perustelua korkeammalla opilla. Asiantuntijatieto on oleellisesti kuitenkin myös soveltamista, mikä muovaa tietopohjaa yleistetystä tiedosta erityistiedon suuntaan. Asiantuntijatieto ei ole jähmeätä vaan muuttuu yhteydessä erilaisiin yhteiskunnallisiin kehityskulkuihin. Kulttuuriset, institutionaaliset ja taloudelliset prosessit ovat muutosten perusta: näissä prosesseissa kansainvälinen kytkeytyy kansalliseen. Tiedon tuottamisen ja hyödyntämisen merkitys on korostunut yhteiskunnan erilaisilla kentillä: tämän ilmiön myötä asiantuntijayhteiskunta on vankistunut ja versonut uusille alueille. Elämänalueiden eriytyminen on luonut pohjaa erilaisten ekspertiisien synnylle; erikoistunut tieto on maallikoille saatavilla asiantuntijoiden kautta, koska kansalaisten omat resurssit eivät riitä jokaiseen spesiaalitietoon perehtymiseen.”

(Arja Haapakoski 2002, 105.)

Seuraavassa analyysiluvussa käyn läpi välittämisen diskurssia, joka aineistossa nousee esille etenkin heikommassa asemassa olevien ihmisryhmien kohdalla.

5.2 Välittäminen

*”Suomi vuonna 2025 on uudistuva **välittävä** ja turvallinen maa, jossa jokainen meistä voi kokea olevansa tärkeä. Yhteiskunnassamme vallitsee luottamus”. (A3,7)*

*”Suomesta on tehtävä osaamisen, yrittäjyyden, tasa-arvon ja **välittämisen** yhteiskunta.”(A2, 8)*

*”Hyvinvointiyhteiskunnan keskeinen arvo on **välittäminen**. Kasvun ja uudistumisen rinnalla on keskeistä varmistaa, että kaikki pääsevät osallistumaan yhteiskuntaan. - -” (A3, 7.)*

Välittämisen diskurssi nousee aineistossa vahvasti esille ja se on myös mainittu puoliväliriihen uusien avauksien yhtenä kokonaisuutena osaamisen, kasvun ja työllisyyden sekä uudistumisen ja turvallisuuden kanssa. Puhe kansalaisista välittämisestä voidaan laskea osaksi epäsuoraa hallintaa, sillä se muodostaa siteen kansalaisen ja yhteiskunnan välille. Yhteiskunnalla on moraalinen velvollisuus välittää kansalaistensa terveydestä ja hyvinvoinnista, samoin kun kansalaisella on velvollisuus välittää yhteiskunnasta, johon hän kuuluu.

Välittäminen ja velvollisuus kuuluvat siis tiiviisti yhteen ja olisin voinut tarkastella niitä myös saman alaotsikon alla. Välittämisen diskurssi kuitenkin nousi aineistossa niin vahvasti esille, että koin tarpeelliseksi ottaa sen käsittelyyn yksinään. Välittämisen diskurssi liittyy vahvasti terveyskansalaisuuden toiseen, kansalaisia erottavaan merkitysulottuvuuteen. Tässä merkitysulottuvuudessa julkisen vallan edustajat, kuten terveysammattilaiset, ryhmittelevät kansalaisia terveisiin tai sairaisiin ja siten puuttuvat heidän elämänsä ja tekevät ne hallittavaksi. Kansalaisten luokittelu on rutiininomaista ja arkipäiväistä. (Helén ja Jauho 2003, 14–15) ja linkittyy esimerkiksi väestön yksilön elinvoimaisuuteen tai yksilön hyödyllisyyteen liittyviin kysymyksiin.

Välittämisen diskurssi nousi aineistossa esille ennen kaikkea kohderyhmäpainotusten myötä. Tarkastelemassani kärkihankkeessa korostetaan etenkin kaikkein heikommassa asemassa olevien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Aineistosta tästä on löydettävissä useita esimerkkejä:

*”Työtä kohdennetaan niin, että se **tukee erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden suhteen heikommassa asemassa olevia yksilöitä.**”*

*”Hankerahoituksen kohteeksi valittuja hyviä käytäntöjä on muotoiltu siten, että **ne tavoittavat hyvinvoinnin ja terveyden osalta heikommassa asemassa olevat väestöryhmät** - -” (A1, 4, 10, 12.)*

*” - - projektin tavoitteena on **kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja kohentamalla niiden väestöryhmien hyvinvointia ja terveyttä, joissa hyvinvointi ja terveys ovat muita heikompia.**”(A1,10)*

Hyvinvoinnin ja terveyden kannalta heikommassa asemassa olevien korostuminen aineistossa voi yhtäältä kertoa sekä aidosta välittämisestä, toisaalta pyrkimyksestä terveyserojen kaventumisesta johtuvaan tuottavuuden nousuun ja terveydenhoidon kustannusten pienentymiseen. Terveyden kannalta heikommassa asemassa olevien kohdalla voidaan puhua välittämisestä ennen kaikkea siksi, että heitä ei usein pidetä tuotteliaina ja yhteiskunnalle hyödyllisinä kansalaisina. Heistä pitää ”välittää” tarmokkaammin kuin muista kansalaisryhmistä. Tämä toisaalta asettaa nämä ryhmät myös tiettyyn positioon yhteiskunnassamme.

Huonompaan asemaan kategorisointi asettaa tähän ryhmään kuuluvat ihmiset huomion keskipisteeseen sekä yhteiskunnallisten toimenpiteiden kohteeksi. Toisin kuin asiakkuutta korostavassa tieto- ja asiantuntijuusdiskurssissa, nousee välittämiskurssissa esille hoitonäkökulma. Hoitonäkökulmassa kohderyhmään valikoidut henkilöt nähdään toimenpiteiden kohteena eikä palvelujen käyttäjinä. Tämä kuvastaa hyvin terveyskansalaisuuden janamaista luonnetta, jossa heikommassa asemassa olevia ei työnnetä kokonaan ulkopuolelle, vaan heidät esimerkiksi eristetään tai heille annetaan erityistä hoivaa (Helén ja Jauho 2003, 15).

Toisin sanoen, kun asiantuntijadiskurssissa asiakasta pyritään nostamaan asiantuntijoiden rinnalle, pysyy välittämiskurssin kohderyhmään kuuluva henkilö ringin keskellä, asiantuntijoiden kohteena. Tästä kohteena olemisesta hyvänä esimerkkinä on se, kuinka aineistossa juuri mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla käytetään termiyhdistelmää ”potilas tai asiakas”:

*”Tarvittaessa suunnitellaan yhdessä **potilaan tai asiakkaan** kanssa alkoholin vähentämisen tavoitteet ja toteutus”. (A4, 9)*

*”[Mielenterveys]**asiakkaat tai potilaat** ohjataan tarpeen mukaan liikunnan ja ravitsemuksen alueellisiin palveluketjuihin. (A4, 9)*

*”Liikunta-, ravitsemus- ja unitottumukset otetaan kaikkien [mielenterveysasiakkaiden] kanssa puheeksi, ja **asiakkaat tai potilaat** ohjataan tarpeen mukaan alueellisiin palveluketjuihin.” (A4, 9)*

Potilas saa erilaisia diskursiivisia toiminta-asemia muun muassa selonteissa toimenpiteistä ja sairauksista. Potilas voidaan esimerkiksi *viedä* leikkaukseen tai hänelle voidaan *antaa* elintapaohjausta. Näin potilaan asema määräytyy hoitajan ammatillisen valta-aseman kautta. Potilas on hänen hyväkseen tehtyjen hoitotoimenpiteiden kohde ja terveysalan ammattilainen puolestaan reflektiivinen ja aktiivinen osapuoli. (Eriksson 2002, 50.)

Huonompaan asemaan määrittelyminen on yhteiskunnallista vallankäyttöä tai hallintaa, jossa yhteiskunta tekee erotteluja terveyspalvelujen toteuttamisen tavoista ja toimintakäytännöistä. Foucault (1998) on esittänyt, että institutionaalinen ohjailu tapahtuu rangaistuksia langettavan kurivallan sijaan ennen kaikkea produktiivisen, erilaisia subjekteja tuottavan vallan kautta.

Asiakirjoissa tämä huonompaan asemaan määrittelyminen näkyy siinä, miten ihmisiä konstruoidaan häneen tilaansa koskevien määritelmien kautta ja heille ”tarjotaan” erilaisia negatiivisia subjektipositioita. Aineistossa tarjottuja negatiivisia subjektipositioita ovat muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmainen sekä riskikäyttäjä. Neutraaleja aineistossa mainittuja subjektipositioita ovat esimerkiksi mies, ikäihminen ja isä. Mäkitalon ja Säljön (2002a & 2002b) mukaan suhteellisen vakaita kategorioita voidaan pitää instituution tehokkaan toiminnan edellytyksenä. Nämä kategorisoinnit toimivat institutionaalisten rutiinien pohjalta.

Aineistossa puhutaankin hyvin rutiininomaisesti myös muun muassa mielenterveyden heikkoudesta, alhaisesta koulutustasosta ja tietyistä sosioekonomisista ryhmistä, joissa terveys ja hyvinvointi ovat heikompia. Sosioekonomisten tekijöiden huomioon ottaminen terveyden edistämisen ja ylläpitämisen saralla nähdäänkin aineistossa hyvin tärkeänä kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla:

”Ihmisten elinolot muovaavat suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä voimakkaammin kuin sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus. Elinoloilla tarkoitetaan mm. sosioekonomisia olosuhteita, asuinoloja, koulutusjärjestelmää, työoloja, sosiaalisia verkostoja sekä rakennettua ja luonnonympäristöä. Tästä syystä hyvinvointia ja

kansanterveyttä rakennetaan kaikilla yhteiskunnan sektoreilla, ei ainoastaan sosiaali- ja terveysalalla.”(A1, 6)

Huono-osaisuuteen liittyen aineistossa puhutaan moniongelmaisuudesta ja ongelmista juuri oman elämän hallinnan suhteen:

”On hyvä muistaa, että huono-osaisuudessa on kyse laajemmasta elämänhallinnan problematiikasta yksittäisen elintavan sijaan. Erilaisten riskitekijöiden kasautuminen selittää epäsuotuisaa kehitystä enemmän kuin mikään yksittäinen riskitekijä.”(A1, 7.)

Riskeiksi aineistossa lasketaan esimerkiksi päihteiden väärinkäyttö ja virheravitseminen. Virheravitsemuksen käsitteen valitseminen on kiinnostavaa, varsinkin kun sen sisältöä ja merkitystä ei aineistossa avata. Näin ollen lukijalle jää epäselväksi, mitä virheravitseminen oikeastaan on. Käsite virheravitseminen on kuitenkin selvästi normittava ja arvottava ja asettaa jotkin ruokailutottumukset vääriksi ja jotkin oikeiksi. Se, mihin oikeaa ja väärää verrataan, liittyy oletettavasti virallisiin suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Asiakirjoissa puhutaan myös ruokatajasta, joka myös on terminä hyvin epämääräinen.

Riskien kasautumisen ja laajan elämänhallinnan problematiikan suhteen yhtäältä on mielenkiintoista, miten asiakas tulee ottaa huomioon monielementtisenä kokonaisuutena, toisaalta aineistossa on tehty hyvin tarkkoja rajoja eri kohderyhmien suhteen. Ikäryhmien lisäksi aineistossa tehdään selvä jaottelu esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten suhteen, joita käsitellään valtionavustushankkeiden hakuilmoituksen sisältökokonaisuuksissa omana osuutenaan.

Terveyserojen kaventaminen, kustannusten hallinta

Heikommassa asemassa olevien hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen liitetään aineistossa useasti työkyvyn kasvattamiseen ja näiden väestöryhmien tuottaviksi muuttamiseen:

*”Väestön, ja erityisesti vähemmän koulutettujen tai muuten haavoittuvien ryhmien elintavoissa on piirteitä, jotka altistavat pitkäaikaissairauksille ja **heikentävät hoitotuloksia sekä työ- ja toimintakykyä.**” (A4, 7)*

*”Mielenterveys on tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämäänsä kuuluvissa haasteissa sekä **työskentelemään** ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan.”(A4, 10.)*

Näin annetaan kuva, että yhteiskunnan on puututtava, sillä heikoimmassa asemassa olevat eivät itse huolehdi velvollisuuksistaan yhteiskuntaa kohtaan. Heikommassa asemassa oleviin kohdistettujen toimenpiteiden tavoitteiden kautta terveystasalaaisuuden teemat tulevat vahvasti esille. Tavoitteeksi ei esimerkiksi ole asetettu heikoimmassa asemassa olevien itse kokemaan onnellisuuden lisääntymistä, vaan keskiössä on joko ”vastuuttomien” yksilöiden aiheuttaman yhteiskunnallisen taakan keventäminen tuottavuuden lisäämisen muodossa. Tuottavuuden lisääntymiseen ja terveyden kannalta heikommassa asemassa olevien aiheuttaman yhteiskunnalliseen taakan keventämiseen viittaavia kohtia aineistossa onkin useita:

”Saavuttaessaan tavoitteensa kärkihanke edistää työllisyyttä, pidentää työuria, lisää työhyvinvointia ja työkykyä kohentamalla heikommassa asemassa olevien työikäisten henkilöiden fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia ja ehkäisemällä siten sairauksista johtuvaa ennenaikaista eläköitymistä.” (A1, 4.)

Heikommassa asemassa olevien terveyden kohentamisen lisäksi toimenpiteet kohdistuvat myös koko väestöön:

”Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen vaatii koko väestöön kohdistuvien tehokkaiden toimien ja hyvinvoinnin ja terveyden suhteen heikommien pärjääviin väestöryhmiin kohdennettujen toimien yhdistämistä - -.” (A1, 6)

”Hyvinvoinnin ja terveyden kohentaminen kaikissa ikäryhmissä tuo terveitä ja aktiivisia ikävuosia ja tukee siten myös hyvinvointivaltion taloudellista kestävyyttä. Työurat pitenevät, työn tuottavuus nousee, palvelujen tarve vähenee ja terveydenhuolto- ja sosiaalimenojen kehitys maltillistuu”(A1, 7)

Viittasin heikommassa asemassa olevien terveyden edistämisen kohdalla siihen, kuinka onnellisuutta ei aineistossa mainita terveyden ja hyvinvoinnin lisäämistä kuvaavana indikaattorina. Sen sijaan konkreettisia, kohtalaisen helposti mitattavissa olevia asioita aineistossa mainitaan:

- ”- mahdollisuudet liikkumiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen lisääntyvät*
- ravitsemusosaaminen ja ruokataju sekä mahdollisuudet nauttia hyvää ravitsemussuositusten mukaista ruokaa yhdessä muiden kanssa lisääntyvät*
- hyvinvointia ja terveyttä tukeva unirytmitys ja unitottumukset yleistyvät*
- alkoholin riskikäyttö vähenee*
- tupakointi vähenee*
- tunne-, tietoisuus – ja vuorovaikutustaidot paranevat*
- mahdollisuudet sosiaaliseen kanssakäymiseen ja aktiiviseen osallisuuteen paranevat*
- itsemurhien määrä laskee nykyiseltä tasoltaan”*

(A1, 12.)

Yllä luetelluista indikaattoreista osallisuuden, ”ruokatajun” sekä tunne-, tietoisuus- ja vuorovaikutustaitojen lisääntyminen ovat lähimpänä onnellisuutta siinä mielessä, että ne ovat epämääräisempiä ja siten vaikeammin arvioitavia.

Heikommassa asemassa olevista välittämiseen liittyen puhutaan ennen kaikkea eriarvoisuudesta, joka on sosiologisesta näkökulmasta suuri ja olennainen kysymys, joka lävistää kaikkia yhteiskunnan osia-alueita. Terveyden ja hyvinvoinnin saralla eriarvoisuus liittyy esimerkiksi palvelujen saatavuuteen ja saavutettavuuteen, sekä resurssien ja voimavarojen raamittamiin terveysvalintoihin esimerkiksi ravitsemuksen ja liikuntapalvelujen käytön suhteen. Aineistossa välittämiseen linkittyvä eriarvoisuuden kaventaminen otetaan esille useasti, mutta ristiriitaisissa merkityksissä:

*”Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteena on **terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hallinta.**”(A2, 28.)*

Voidaan ajatella, että välittämiseen perustuva terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen ei ainakaan lyhyellä aikavälillä ole kovin kustannustehokasta, vaan ennemminkin vaatii lisäresursointia sekä ammattilaisten ajankäytön että varojen suhteen. Esimerkiksi tieto- ja asiantuntijuusdiskurssin kohdalla mainittu lisäkoulutus vaatii taloudellista panostusta. Eriarvoisuuden vähentämisen kanssa samassa lauseessa mainittu kustannusten hallinta vähentää pyyteettömän välittämisen painoarvoa aineistossa. Nähtävissä onkin samanlaista kehitystä, mistä keskustelin tieto- ja asiantuntijuusdiskurssin kohdalla: terveyspalveluita ohjaavat taloudelliset tekijät operoivat humanistisiin arvoihin nojaavien periaatteiden suojissa. Myöskään se, että asiakirjoissa korostetaan kollektiivisesti terveyden kannalta huonoimmassa asemassa olevien terveyden edistämistä, ei poista sitä, että useimmiten hoitoon hakeudutaan yksilöinä ja yksilöllisistä syistä. Terveyspalvelun piirissä myös kollektiivisen ryhmän sisällä voi syntyä eroja tai eriarvoisuutta.

Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien oikeuksien toteutumista voidaan tarkastella kriittisesti yksillä ja ryhmiä eri tavalla arvottavien kategorioiden kautta. Oikeus terveyteen on vaihteleva, sillä se liittyy oleellisesti konkreettisiin etuuksiin ja palveluihin (Helén ja Jauho 2003, 25–26), jotka puolestaan liittyvät yhteiskunnan taloudellisiin reunaehtoihin. Seuraavassa analyysiosiossa käsittelen uhkadiskurssia, jossa keskeistä on väestön terveyden ja yhteiskunnan taloudellisen kestävyysvälinen kytkös.

5.3 Uhat

”Suomi on näivettymisen kierteessä monista vahvuuksistaan huolimatta. Työttömyys on korkealla. Talouden kasvu on hiipunut. Kilpailukykyemme on rapautunut 10–15 prosenttia keskeisiä kilpailijamaita heikommaksi. Vienti ei vedä. Sosiaaliturvaa ja työmarkkinoita ei ole pystytty uudistamaan, vaikka työnteon, yrittämisen ja elinkeinorakenteen muutokset olisivat sitä edellyttäneet. Osaaminen ei muutu innovaatioiksi, innovaatiot eivät kaupallistu. Olemme menettämässä osaamiseen perustuvaa kilpailuetuamme.” (A2,8.)

Terveystenhuollon kriisi on varmasti tuttu monille julkisesta keskustelusta ja erilaisista uhista puhuminen onkin tehokas hallinnan keino. Leena Warsellin (2004, 419) mukaan terveydenhuollon kriisin väitetään kohdistuvan koko yhteiskuntaan ja etenkin hyvinvointivaltion luonteeseen (emt.) ja siksi terveydenhuollon kriisin ratkaisemisesta on muodostunut hyvinvointivaltion puolustamisen pääkysymys (Helén & Jauho 2003). Warsell (2004, 419) pohtii, voidaanko kuitenkin yhden erityisalueen, kuten terveydenhuollon, kriisiä ratkaista sen alueen sisäisin toimenpitein ja sisäiseen asiantuntemukseen rakentuvien ohjelmien vai pitäisikö mukaan saada laajempaa yhteiskunnallista perspektiiviä.

Vaikka aineistossa suoraan luetellut uhat liittyvät enemmänkin talouteen, turvallisuuteen ja ekologiseen kestävyyskäsitykseen kuin terveydenhuoltoon, on aineistossa huomattavissa selkeä linkki myös terveyden, tehokkuuden ja taloudellisen kestävyyskäsityksen välillä. Resursseista puhuttaessa aineistossa mainitaan käsite hyvinvointivaltio, joka onkin läheisempi käsite taloudelle kuin hyvinvointiyhteiskunta (ks.s. 11–12). Hyvinvointiyhteiskunnan käsite puolestaan tulee esille esimerkiksi välittämisen ja valtion positiivisten ominaisuuksien kohdalla. Aineistossa taloustilanteen huono tilanne nähdään faktana, joihin ihmisten elintavat ja terveystietoisuus vaikuttavat. Heikko taloustilanne pakottaa toimenpiteisiin:

*”Hyvinvoinnin ja terveyden kohentaminen kaikissa ikäryhmissä tuo terveitä ja aktiivisia ikävuosia ja **tukee siten myös hyvinvointivaltion taloudellista kestävyyttä.** Työurat pitenevät, työn tuottavuus nousee, palvelujen tarve vähenee ja terveydenhuolto- ja sosiaalimenojen kehitys maltillistuu. Myös sisäympäristömme*

tekijöiden yhteenlaskettu kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen merkitys on huomattava.” (A1, 6.)

”Julkinen palvelulupaus on määritelty yhteiskunnan taloudellisen kantokyvyn puitteissa.” (A2, 20 & A3, 41.)

”Julkinen valta tekee yhdessä suomalaisten kanssa vaikeitakin ratkaisuja tulevan hyvinvoinnin turvaamiseksi.” (A2, 7.)

Toisaalta suomalaisten nähdään olevan myönteisiä vaikeisiin ratkaisuihin, vaikka uudistushaluttomuuttakin on asiakirjojen mukaan olemassa. Tämä uudistushaluttomuus nähdään aineistossa hyvin negatiivisena, sillä se vaikuttaa kielteisesti koko yhteiskunnan tilanteeseen:

”Suomalaiset ymmärtävät, että kriisin keskellä on tehtävä vaikeitakin ratkaisuja.” (A2, 9)

”Muutosvastarinta, vastakkainasettelu, vastuun ulkoistaminen, apatia, uudistumiskyvyttömyys, johtajuuden puute sekä luottamuksen horjuminen poliittiseen päätöksentekoon vaikuttavat kielteisesti Suomen kokonaistilanteeseen.” (A2, 9)

Heikon taloustilanteen lisäksi uhkana nähdään myös ihmisten välillä olevat hyvinvointi- ja terveyserot:

”Väestön hyvinvointi ja elämänlaatu ovat Suomessa keskimäärin parantuneet, mutta kehitys ei jatku suotuisana ilman ponnisteluja. Sosioekonomiset hyvinvointi- ja terveyserot ovat Suomessa suuret sekä kansainvälisessä vertailussa että myös eri alueiden ja sukupuolten välillä. Erot näkyvät kaikissa ikäryhmissä. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen on pitkäaikainen hyvinvointi- ja terveystaloudellinen tavoite, jossa ei ole edistytty. Sen vuoksi tarvitaan uudenlaisia toimia eriarvoisuuden kaventamiseksi.” (A1, 6.)

”Elintasoerot, konfliktit, humanitääriset kriisit ja väestönkasvu aiheuttavat jakolinjoja, muuttoliikettä ja eriarvoistumista.” (A2, 9.)

Hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan tarkastella sekä yksilöllisestä että yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Yhteiskunnallisella tasolla hyvinvointierot synnyttävät vastakkainasetteluja ja siten heikentävät yhteistoimintaa. Lisääntyvä hyvinvoinnin eriarvoistuminen ei myöskään anna positiivista kuvaa Suomesta ulkomaille. Yksilöllisellä tasolla hyvinvointierot aiheuttavat tyytymättömyyttä ja epäluottamusta hallitsevia tahoja kohtaan. Kuten olen jo maininnut, luottamus on perustavanlaatuinen asiantuntijajärjestelmiä ylläpitävä elementti (Giddens 1990, 88–91 ref., Eriksson 2002, 52) ja siksi tärkeä kansalaisten terveyskäyttäytymisen hallinnan kannalta. Tyytymättömyys taas on vahva kimmoke sille uudistushaluttomuudelle, jota asiakirjoissa pelätään. Tuloksena on noidankehä, jossa kaikki häviävät.

Heikon taloustilanteen ja kaikkien siihen kuuluvien ja edellä mainittujen elementtien vuoksi jokaisen suomalaisen tulee ottaa ”vastuuta omasta elämästä”, jotta heidän aiheuttamansa yhteiskunnallinen taakka olisi mahdollisimman pieni. Asiakirjoissa puhutaan niin kutsutusta tautitaakasta:

*”Liikunnan ja hyvän ravitsemuksen edistämisellä, lihomisen ehkäisyllä, unirytmien ja nukkumistottumusten ohjauksella ja muiden terveyttä tukevien elintapojen avulla voidaan vähentää **tautitaakkaa** ja siihen liittyviä kustannuksia sekä parantaa elämänlaatua.” (A4,7)*

Samanaikaisesti julkinen valta määrittelee omat taloudelliset panostuksensa vallitsevien olosuhteiden mukaisesti. Laajassa mittakaavassa vastuun siirto liittyy siihen, miten terveydenhuollossa painopiste on siirtynyt valtion ja kansan edun priorisoinnista kansalaisen edun priorisointiin (Helén & Jauho 2003,14). Samalla myös terveysvastuut ovat siirtyneet yksilöllisemmiksi. Voidaan ajatella, että kansalaiset ovat yhtäältä valtion elinvoimaisuutta lisäävä, toisaalta vähentävä tekijä, toisin sanoen uhka, jota tulee kontrolloida terveyskansalaisuuden hallinnan keinoin. Terveysteen ja kansalaiseen liitettävänä uhkina aineistossa mainitaan muun muassa ennen aikainen eläköityminen. Sen lisäksi, että vastuuta sysätään ihmiselle itselleen, penätään vastuuta myös sosiaali- ja terveyssektorilta ja muilta yksilöä ympäröiviltä yhteiskunnan sektoreilta:

”Ihmisten elinolot muovaavat suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä voimakkaammin kuin sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus. Elinoloilla tarkoitetaan mm.

*sosioekonomisia olosuhteita, asuinoloja, koulutusjärjestelmää, työoloja, sosiaalisia verkostoja sekä rakennettua ja luonnonympäristöä. Tästä syystä **hyvinvointia ja kansanterveyttä rakennetaan kaikilla yhteiskunnan sektoreilla, ei ainoastaan sosiaali- ja terveysalalla.***” (A1, 6.)

*”Erityinen haaste on se, että **toiminta tulisi organisoida sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi muiden hallintokuntien, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyöksi.** Tähän liittyy hyvien käytäntöjen levittäminen, tiedon kulun parantaminen, palveluketjujen sujuvoittaminen sekä järjestöjen palvelutarjonnan hyödyntäminen”.*
(A4, 7.)

”Järjestötyö ja vapaaehtoistoiminta ovat helpottuneet ja yhteisöllisyys lisääntynyt normeja purkamalla.” (A2, 20)

Poikkihallinnollista ja useamman sektorin välistä yhteistyötä edellytettiin myös hankkeen hakuilmoituksessa monitoimijaisuuskriteerin muodossa. Kaiken kaikkiaan aineistossa mainitut uhat, kuten julkiseen talouteen negatiivisesti vaikuttavat kansalaisten huonot elintavat tulevat aineistossa esille ”faktoina” joita ei tarvitse perustella. Korkea sairastavuus, ennenaikainen eläköityminen ja työn tuottavuuden vähäisyys esitetään asioina, jotka ovat tosia, ilman että kerrotaan mihin väitteet perustuvat.

Talouteen vetoaminen voidaan nähdä tehokkaaksi keinoksi ihmisten terveyskäyttäytymisen hallinnassa siinä mielessä, että sille harvemmin vaaditaan perusteluja. Toki resurssien käyttämisen oikeutus ja eri sairauksien hoidon priorisointi on terveydenhuollossa aina läsnä, mutta talouden heikon tilanteen ovat suomalaiset hyvin vahvasti sisäistäneet. Mielenkiintoista onkin, että Kelan tutkimusprofessori Hennamari Mikkolan (2018) mukaan omakustanteisempi yksityisten palvelujen käyttö on vähentynyt viiden viimeisen vuoden aikana ja kansalaiset käyttävät edelleen ahkerasti julkisen terveydenhuollon palveluja, vaikka vastuuta omasta terveydestä vaaditaan yhä enemmän. Hänen mukaansa yksityisten palvelujen käyttö on hyvin taloussuhdannesidonnaista. Tuleva sote-uudistus voi tuoda muutoksia yksityisten palvelujen käyttöasteeseen omavastuuosuuksien pienentyessä (emt.). Yksilötasolla myös varallisuudella on luonnollisesti merkitystä yksityisten palvelujen suosimisessa.

Aineistossa uhkien hallinnaksi määrittyvien taloudellisten säästöjen osalta keskeiseksi nousee muutos- ja uudistuspuhe, joka yhdistyy etenkin edellä mainittuun vastuiden uudelleenjakamiseen, sekä kehittämiseen ja tehokkaampaan tekemiseen. Uudistamisessa on Saaren (2011, 74) mukaan kyse resurssien keskitetystä uudelleen jakamisesta.

*”Keskeisiä välineitä muutoksen aikaan saamiseksi ovat **yhteiskehittäminen ja poikkihallinnollinen yhteistyö**. Kärkihankeen tuloksena julkishallinto, järjestöt, yritykset ja kansalaiset luovat ja kokeilevat **uudenlaisia tapoja toimia yhdessä paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti** sekä juurruttavat ja levittävät hyväksi havaittuja käytäntöjä.”* (A1, 6.)

*”Muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan **vaikuttavien käytäntöjen tehokkaampaa hyödyntämistä** sekä uusia lähestymistapoja”* (A1, 6.)

”Suomen kilpailukyky rakentuu korkealle osaamiselle, kestäväälle kehitykselle sekä ennakoluulottomalle uudistamiselle kokeiluja ja digitalisaatiota hyödyntäen.”(A2, 7.)

”Hallitus pitää kiinni julkisen talouden pitkän aikavälin tasapainotavoitteesta ja kuroo umpeen 10 miljardin euron kestävyysvajetta. Sitä katetaan 4 miljardin euron säästöillä sekä julkista taloutta kohentavilla 4 miljardin euron reformeilla. Loput 2 miljardia katetaan työllisyyttä ja kasvua vauhdittavilla toimilla.” (A3, 7.)

Tehokkuus onkin aineistossa usein toistuva mantra, joka vertautuu ”heikko talous”-mantraan. Sitä toistetaan, mutta sen sisältö jää lukijalle epämääräiseksi. Tehokkuus läpäisee koko väestön:

*”Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen vaatii **koko väestöön kohdistuvien tehokkaiden toimien** ja hyvinvoinnin ja terveyden suhteen heikommin pärjääviin väestöryhmiin kohdennettujen toimien yhdistämistä ja sukupuolen mukaista räätälöintiä.”*

Talousuhka torjuvan uudistamistyön välttämättömyyttä puolestaan perustellaan saavutettavilla terveyshyödyillä:

”Uudistuksen myötä yhteisillä varoilla saadaan enemmän terveyttä ja hyvinvointia”.
(A2, 20.)

”Hallitus on uudistuksiin kykenevä ratkaisujen hallitus, joka vahvistaa luottamusta.”
(A2, 8.)

Leikkaamisen ja säästämisen lisäksi asiakirjoissa nostetaan esille myös terveyden ja hyvinvoinnin kentän sisällään pitämä potentiaali yritystoiminnalle. Tämä yrityspotentiaali liittyy ennen kaikkea digitalisaatioon ja sen tuomiin mahdollisuuksiin (ks.esim Mikkola 2018). Terveysteknologian nähdään aineistossa laajemminkin olevan yksi keino kulujen hillitsemiseksi. Terveysteknologian käytöstä herää kuitenkin kysymys siitä, keihin uudet innovaatiot ja terveydenhoidon keinot kohdennetaan. Samalla kun terveysteknologia nähdään keinona kulujen hillitsemiseen, on se myös kallis ja siten eriarvoistava väline, sillä uudet keksinnöt ja ideat valjastetaan vain tiettyjen asiakasryhmien käyttöön.

Kokonaisuudessaan kansantaloutta uhkaavia terveysriskejä käsittelevät puhetavat olivat aineistossa toteavia ja verrattain vähäsanaisia. Tutkimuksen tekijän näkökulmasta terveyden ja talouden välistä, uhkavälitteistä suhdetta voisi kerä auki monisanaisemminkin. Vähäsanaisuus herätti kiinnostukseni, sillä mielestäni se kertoo yhteiskunnallisesta tavasta puhua taloudellisista haasteista ja väestön osuudesta niihin. Kansalaisten elintottumuksista johtuvien yhteiskunnallisten kulujen linja ei kuitenkaan ole suoraviivainen, vaan ihmisten terveyskäyttäytymistä ohjaavat monet yksilöä ympäröivät ja yksilön ulkopuolella olevat seikat. Mielestäni tälle seikalle olisi asiakirjoissa voinut antaa tilaa. Näen, että kyse on loppujen lopulta myös kansalaisten luottamuksesta Suomen hallintoon ja sen alulle laittamiin terveyttä ja hyvinvointia koskevien toimenpiteiden oikeutukseen. Valitut puhetavat tai ”puhumattomuus” vaikuttavat käsityksiimme paikastamme yhteiskunnasta: olemmeko taakkoja tai uhkia vai omalta osaltamme yhteiskunnan hyvinvointia ja elinvoimaisuutta tukevia yksilöitä?

Positiivista kehitystä näen eri sektoreiden välisen yhteistyön lisäämisessä, joskin uhkien torjumisen vastuu saattaa näin jäädä epämääräiseksi. Ihmisten terveyskäyttäytyminen on aineistossa uhka, joka vaikuttaa ”meihin kaikkiin”. Toisaalta talouden tilanne esitetään väestölle uhkana, joka pakottaa toimenpiteisiin. Nämä toimenpiteet puolestaan vaikuttavat lopulta yksilön oikeuksiin ja mahdollisuuksiin. Voidaan siis oikeutetusti kysyä, kuka loppujen lopulta on uhka, kukan uhan kohde

ja ketkä uhkaa torjuvat? Ennen kaikkea on kuitenkin kysyttävä: mitä vastaan tässä yhdessä taistellaan?

5.4 Vastuu

Vastuun diskurssi on aineistossa kiinnostava, sillä se yhdistää sekä yksilöllisten vapauksien etiikan että velvollisuuksien etiikan. Kuten tutkielman alkupuolella mainitsin, voidaan yksilön itsehallintaa ja sen metodeja kutsua esimerkiksi subjektiviteetin teknologioiksi (ks.esim. Miller & Rose 2010, 16) tai foucaultlaisittain etiikaksi. Vastuu ja vastuuttaminen liittyy itsehallinnan kansalaishyveeseen, joka kehittyi 1900-luvulla alkaneen hygieniavalistuksen myötä (Helén & Jauho 2003, 18).

Vastuun diskurssi lävistää kaikkia edellä mainittuja diskursseja. Vastuun diskurssi liittyy sekä tieto- ja asiantuntijuusdiskurssiin kansalaisten terveyssivistämisen muodossa. Hyvä ihminen on terveysasioissa valveutunut terveyskansalainen, joka tiedon kautta motivoituu ottamaan vastuun omista elintavoistaan. Välittämisen diskurssi liittyy vastuun diskurssiin siten, että välittäminen kohdistuu aineistossa ennen kaikkea heikommassa asemassa oleviin. Samaan aikaan kun heikommassa asemassa olevat määriteltiin ja otettiin erityisen huomion kohteeksi, vaadittiin heiltä myös ”parannuksen tekemistä” ja terveyskansalaisiksi tuleamista.

Uhka- ja vastuudiskurssi limittyivät aineistossa hyvin erottamattomasti yhteen. Talouden huono tilanne esitettiin aineistossa uhkana, jonka vuoksi uudenlaisia toimenpiteitä tulisi tehdä. Uhkadiskurssissa vastuu siirtyi enenevässä määrin kansalaisille itselleen ja vastuun paikkaa sovitettiin myös erilaisten yhteisöjen harteille. Timo Ahon (2009, 13, 69) mukaan myös yksilö itsessään on ”uhka”, sillä hän kantaa erilaisia biolääketieteen määrittelemiä riskiarvoja. Nämä riskiarvot ovat lääketieteen määrittelemiä ja objektiivisesti mitattavissa olevia raja-arvoja, jolloin tietyn numeerisen rajan ylittäminen konstruoituu pelottavaksi. Vyötärön ympärysmittaan, rasvaprosentin tai painoindeksin avulla jokaisen henkilökohtainen riskiarvo on tunnistettavissa ja siten kontrolloitavissa. Ruumiin ainainen mahdollisuus ”olla vaarassa” yhdistää sekä riskejä, että yksilön vastuuta itsestään.

Aineisto antaa ymmärtää, että vastuussa uhan torjumisesta olemme ”me kaikki”. Tästä herää kysymys, voiko uhan torjuminen toimia jos vastuu on epämääräisesti ”meillä kaikilla” (ks.esim. Saari 2005, 38)? Myös sitä, miten kustannuksia hillitään säilyttämällä vastuuta kansalaisille itselleen,

voidaan tarkastella kriittisesti, sillä silloin oikeus saada hoitoa ja yksilön vaikeudet pitää huolta itsestään asettuvat toisiaan vastaan (Helén ja Jauho 2003, 30–32).

Vastuu mainitaan aineistossa suoraan ja useasti:

*”Edistetään kansanterveyttä, kansalaisten liikkumista, terveellisiä elämäntapoja ja ravintotottumuksia sekä **vastuunottoa omasta elämästä.**”* (A1, 4 & A2, 21.)

*”Eri-ikäisten ihmisten **vastuuta omasta terveydentilasta** sekä elämäntavoista on tuettu.”* (A1, 4.)

*”- - otetaan käyttöön näyttöön perustuvia hyväksi havaittuja toimintamalleja, jotka edistävät nykyistä paremmin heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia, terveyttä ja **vastuunottokykyä.** - - ”* (A1, 4.)

”Ihmisellä on vapaus ja vastuu rakentaa omaa, perheensä ja läheistensä elämää.” (A2,7)

Vastuun osalta aineistossa puhutaan useasti yksilön pystyvyydestä ja sen tukemisesta:

*”Elintapoihin vaikuttaminen on hyvin vaikeaa, ellei yksilöllä ole **voimavaroja ja riittävää pystyvyyden tunnetta** muutoksen toteuttamiseen. On tärkeää, että hyvinvointia ja terveyttä tukevat elintavat ovat kaikille mahdollisia, helppoja ja houkuttelevia valintoja.”* (A1, 7)

*”Yksittäiseen elintapaan puuttuminen esimerkiksi terveysneuvonnalla ei riitä, vaan interventioihin tulee sisällyttää **aktiivisen osallisuuden ja pystyvyyden tukemista, mielenterveyden edistämistä ja terveiden elintapojen vahvistamista monipuolisesti.**”* (A1, 7)

*”Suomalaiset voivat paremmin ja **kokevat pärjäävänsä** erilaisissa elämäntilanteissa. Jokainen ihminen kokee voivansa vaikuttaa, tehdä valintoja **ja ottaa vastuuta.**”* (A2, 20.)

Pystyvyyden voidaan ajatella olevan keskeinen vastuun elementti. Vastuu omasta terveydestä on yksilöllä ja vastuunkantoon hän tarvitsee pystyvyyden tunnetta. Tätä pystyvyyden tunnetta

yhteiskunta voi tukea esimerkiksi mielenterveyden edistämisellä. Lopulta yksilö ei kuitenkaan ole yhteiskunnan vastuulla, vaan yksilö vastaa omasta terveydestään ja omien elintapojensa seurauksista yhteiskunnan elinvoimaisuuteen ja hyvinvointiin nähden. Yhteiskunnan vastuulle jää valistaa ja tarvittaessa tukea yksilöä, kun hän tekee töitä oman ”pystyvyyden tunteensa” kohentamiseen. Yhteiskunta hallitsevana tahona ojentaa kansalaista tekemään ”ryhtiliikkeen”, jonka kansalainen kuitenkin loppujen lopulta itse tekee. Kansalaiset ottavatkin yhä enemmän vastuuta omasta terveydestään, joka näkyy esimerkiksi itsehoitoon ja vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin panostamisena (Tuomainen ym. 1999, 89–92).

Vastuun voidaan siis ajatella kulkevan molempiin suuntiin, sekä alhaalta ylös että ylhäältä alas. Asiakirjoissa vastuun nähdään myös olevan tasapainossa näiden kahden välillä:

"Suomessa on eettisesti kestävä tasapaino yksilön velvoitteiden ja yhteiskunnan vastuiden välillä." (A2,7)

Väestön velvollisuuksien tai vastuun nähdään olevan kohtalaisia. Toisaalta on olemassa myös paljon velvollisuuksia, jotka eivät tule ilmi suoraan. Nikolas Rose (1991) puhuu säännelystä vapaudesta, jossa ihmisiä vaaditaan vertaamaan sitä mitä he ovat siihen mitä he voisivat olla. Terveiden ja hyvinvoinnin saralla hyvänä esimerkkinä tästä on esimerkiksi lihavuus, joka on vahvasti yksilöä arvottava ja sosiaalisesti normittava ominaisuus. Teoriassa ihmisellä on oikeus olla millainen tahansa, mutta käytännössä yhteiskunnalliset ja sosiaaliset normit sääntelevät meidän vapauttamme toimia ja vaikuttavat myös tapaamme ajatella sekä itsestämme että muista. Terveysteen liittyvissä velvollisuuksissa onkin hyvin pitkälti kyse yksilön vastuista muita kanssaeläjiä ja yhteiskuntaa kohtaan. Asiakirjoissa yksilönäkökulmaa (”liiku enemmän jotta jaksat paremmin”) ei korosteta läheskään yhtä paljon.

Vastuuttomuus näkyikin aineistossa ei itseä, vaan omaa yhteisöä ja yhteistä hyvää vastaan toimimisena, ”hyvän terveyskansalaisen periaatteiden” vastaisesti tekemisenä:

”- - vastuun ulkoistaminen - -sekä luottamuksen horjuminen poliittiseen päätöksentekoon vaikuttavat kielteisesti Suomen kokonaistilanteeseen.”(A2,9)

Terveiden ja kansalaisten hallinnassa on kyse paitsi riskien määrittelystä ja ennakkoinnista, myös yksilöiden vastuullistamisesta, jossa biologinen ruumis asettuu poliittiselle kentälle (Aho 2009, 31). Yksilön terveys on henkilökohtaisen asian sijaan yhteiskunnallinen asia. Ruumiillisuus tai ylipäättään ”olemassa olominen” on läpikotaisesti biopoliittista: siihen kohdistuu sekä konkreettista että

symbolista vallankäyttöä. Konkreettisenä vallankäyttönä voidaan pitää esimerkiksi aineistossa olevia, yksilöä ja ryhmiä vastuuttavia ja velvoittavia toimenpiteitä. Asiakirjoissa esiintyviä diskursseja puolestaan voidaan tarkastella symbolisen vallankäytön välineinä.

Ympäristön vaikutus terveyskäyttäytymiseen ei tule aineistossa ilmi, vaikka siellä korostetaankin yksilön sosioekonomista asemaa ja yksilön lähipiirin vaikutusta. Yltäkylläinen kulttuuri jossa elämme, vaikuttaa kuitenkin yksilön terveyskäyttäytymiseen paljon. Erilaisia houkutuksia tulee vastaan enemmän kuin koskaan aiemmin, joten niiden vastustaminen on myös vaikeampaa kuin ennen. Terveyspoliittiset päätökset koskevat myös esimerkiksi eri tuotteiden verotusta, joka osaltaan vaikuttavat väestön terveysvalintoihin. Olemassa oli esimerkiksi makeisvero, joka lakkautettiin alkuvuonna 2017. Tupakan verotus on puolestaan ollut nousussa jo pitkään ja esimerkiksi vuonna 2018–2019 tupakkaveroa korotetaan jälleen. Valtiovarainministeriön mukaan tupakkaveron tavoitteena on sekä edistää terveyttä että kerryttää varoja.³¹

Vastuut ja velvollisuudet ovat aineistossa useasti toistettu mantra, joka pyrkii tavoittamaan hyvin monia yksilön elämänalueita ja liittyy muun muassa kyvykkyyteen, terveystottumuksiin, muista huolehtimiseen että "tautitaakan" vähentämiseen. Lähtökohtana ovat terveyskansalaisuuden ihanteet, jossa vaivan, rasitteen tai taakan sijaan yksilön tulee pyrkiä olemaan tuottava ja tehokas.

³¹ Valtiovarainministeriö. Tupakkaverotus. <https://vm.fi/tupakkaverotus> . Noudettu 11.1.2019.

6. Lopuksi

Tämä tutkimus tarkastelee sitä, mistä suomalainen terveystalitiikka tänä päivänä muodostuu. Tutkimuskysymykseni oli kahtalainen: ensinnäkin olin kiinnostunut siitä, mitä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä diskursseja aineistosta nousee esille. Toiseksi olin kiinnostunut näiden diskurssien seurauksellisesta puolesta, siitä, miten kansalaisten terveyskäyttäytymistä hallitaan aineistossa esiteltyjen diskurssien keinoin. Halusin selvittää, mitä sellaista asiakirjat pitävät sisällään, jota ei ensilukemalla huomaa. Tarkoitukseni oli tuoda näkyville piileviä hallinnan muotoja, jotka vaikuttavat terveyskäyttäytymiseemme.

Aineistosta esille nousevien teemojen kautta muodostin kaksi metadiskurssia: yksilöllisen ja yhteiskunnallisen. Yksilöllisen metadiskurssin sisälle asetin vastuun diskurssin ja yhteiskunnallisen metadiskurssin sisälle uhan ja välittämisen diskurssit. Tiedon ja asiantuntijuuden diskurssin sijoitin kummankin metadiskurssin alle, sillä se sisälsi vahvasti elementtejä molemmista. Esittämäni tutkimuskysymykseen (*mitä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä diskursseja aineistosta on löydettävissä, eli mikä on suomalaisten terveystalitiittisten linjausten fokus?*) vastatakseni katson, että muodostamani diskurssit osoittavat suomalaisen nykyterveystalitiikan ytimen.

Tiedon- ja asiantuntijuuden, uhan, välittämisen ja vastuun diskurssit kuvastavat asiakirjoissa näyttäytyvää suomalaista terveystalitiikkaa, sillä ne kertovat hallinnan keinoista ja kohdennuksesta. Hallinnan kohteena ovat yksilöt tai ryhmät, joita ”terveyskansalaistetaan”. Uhkien kautta kansalainen kokee olevansa osa yhteisöä ja sääntelee terveyskäyttäytymistään ”yhteisen hyvän nimissä”. Välittämisen kautta kansalainen kokee olevansa yhteiskunnalle tärkeä, joka puolestaan synnyttää velvollisuutta yhteiskuntaa kohtaan. Tieto- ja asiantuntijuus hallinnan keinoina liittyi yksilön pystyvyyden ja terveysosaamisen lisäämiseen. Kaikkia muodostamiani diskursseja tarkasteltuani väitän, että niissä keskeiseksi muodostuu ennen kaikkea vastuu. Se sulkee sisälleen monia uhan, välittämisen ja tieto- ja asiantuntijuusdiskurssin elementtejä, sekä näyttäytyy aineistossa erittäin selvästi.

Yksi kiinnostavimmista tutkimustuloksistani oli se, miten asiakirjoissa esiintyvä tieto oli etenkin lääketieteellistä tietoa. Leena Warsellin (2004, 424) mukaan lääketieteellisen tiedon asema yhteiskunnassamme on niin keskeinen, että sitä voidaan pitää sekä uskottavuuden, faktatiedon, arvovallan sekä normien ja moraalikoodien synnyinsijana. Hänen mukaansa lääketiedettä ei ole ollut tapana kyseenalaistaa, vaan se toimii meidän parhaaksemme joskus hyvinkin ”pahanmakuisin

lääkkein” ja lääketieteen rinnalla kaikki muu on näyttäytynyt puoskarointina. Warsell nostaa esille termin *terveysterrorismi*, jota media on käyttänyt terveyden edistämisen kritisointiin erilaisten valistuskampanjoiden yhteydessä.

Warsellin ja monien muiden (ks.esim. Conrad 1992³²; Tuomainen ym. 1999³³) medikalisoitumista käsitelleiden tutkijoiden esiin tuoma näkemys lääketieteellisen tiedon keskeisyydestä näkyi tarkastelemissani asiakirjoissa terveydenhuollon yksilökeskeisestä ja kokemuksellisesta käännteestä huolimatta. Asiakirjoissa asiakkaan kokemuksen merkitys tuli yllättävästi esille oikeastaan vain mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden (-tai potilaiden!) kohdalla. On kiinnostavaa, miten asiakkaan kokemuksen tärkeyttä ei asiakirjoissa edes muodollisesti korostettu. Terveys on asiakirjoissa melko välineellistä, keino saavuttaa jotakin. Tämä jokin on tulkintani mukaan pääasiassa taloudellista: tehokuutta ja työkyvyn lisääntymistä sekä yhteiskunnallisten kulujen hallintaa. Terveys ei nouse aineistossa esille kokemuksellisenä ja itseisarvoisena hyvinvoinnin lisääjänä, vaikka sen merkitys yksilön elämänlaadulle ja arjelle on suuri.

(Terveys)tieto ja asiantuntijuus muuttuvat ja se näkyi myös kärkihankesuunnitelmassa. Etenkin tiedon tuottamisen paikat sekä asiantuntijuus itsessään ovat saaneet uusia muotoja. Tietoa tuotetaan yhä moninaisemmilla ja epävirallisemmilla kentillä ja terveysasiantuntijat puolestaan jalkautuvat kentälle ja liikkuvat lähemmäs asiakkaan henkilökohtaista elämänpiiriä. Warsell (2004, 424) puhuu kokeellisen näytön imperiumin murtumisesta ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden määrittymisestä kohti hiljaista, vuorovaikutuksellista tietoa. Asiakirjoissa tämä muutos näkyy uuden asiantuntijuuden piirteissä. Vaikka asiakirjoissa ei suoraan uudesta asiantuntijuudesta puhuttukaan, tulivat sen ydinelementit hyvin esille ja näin osasin nimetä sen uudeksi asiantuntijuudeksi. Asiantuntijatyön muutoksesta on löydettävissä runsaasti tuoretta tutkimuskirjallisuutta, josta tässä viittaan esimerkiksi Matteo Ruggerin ym.³⁴ artikkeliin, jossa kerrotaan uusien asiantuntijaroolien suhteesta potilastyytyväisyyteen.

Kiinnostava tutkimustulos liittyy myös terveystaloudellisuuden ja välittämisen väliseen suhteeseen. Välittäminen esiintyi aineistossa ”hyvänä periaatteena”, joka osaltaan nojaa terveydenhuollon ja lääketieteen humaaneihin arvoihin (Ks.esim. Eriksson 2002). Välittäminen esiintyi aineistossa

³² Conrad, Peter. 1992. “Medicalization and Social Control”. *Annual Review of Sociology* Vol 18 (1992). 209-232.

³³ Tuomainen, Raimo, Markku Myllykangas, Jyrki Elo & Olli-Pekka Rynänen. 1999. *Medikalisaatio – Aikamme sairaus*. Vastapaino: Tampere.

³⁴ Ruggeri, Matteo, Carlo Drago, Vincenzo Moramarco, Silvia Coretti, Julia Köppen, Muhammad Kamrul Islam, Jonathan Gibson, Reinhard Busse, Job van Exel, Matthew Sutton, Jan Erik Askildsen, Christine M. Bond & Robert F Elliot. 2018. ”New professional roles and patient satisfaction: Evidence from a European survey along three clinical pathways”. *Health Policy* 122 (2018) 1078–1084.

kuitenkin myös luokittelun välineenä, jonka kautta heikommassa asemassa olevat määriteltiin ja heidän terveyskäyttäytymisensä ”otettiin haltuun”. Välittämisen diskurssi oli aineistossa myös ristiriitaisin. Yhtäältä sen osalta puhuttiin terveyserojen vähentämisestä, toisaalta kustannusten hillitsemisestä. Ristiriitaista oli myös samanaikaisesti vertaishenkilöiden ja kokemuksen korostaminen juuri mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla, samalla kun heidät selvästi asetettiin erityisten toimenpiteiden ja huomion kohteeksi. Yksilön kokemus ja yhteiskunnan näkemykset voivat kohdata, mutta niin ei tulisi olettaa.

Asiakirjoissa uhat liittyvät ennen kaikkea talouteen, mutta myös hyvinvointierot mainittiin. Suomen talouden huono tilanne esitettiin aineistossa faktana, joka vaatii toimenpiteitä. Talouden kestättömyyden uhka esitettiin aineistossa niin, että se ei jättänyt tilaa kritiikille tai kyseenalaistamiselle. Uhka-asetelmassa yksilön toiminta vaikutti joko parantavasti tai heikentävästi yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Tämän seurauksena yksilöllä on velvollisuus ”torjua uhkaa” ja toimia terveyttään, hyvinvointiaan ja työkykyään edistävästi. Voidaan sanoa, että myös yksilö voi olla uhka ja siten hallinnan keino on uhkakuvien kautta tapahtuva terveyskansalaistaminen.

Vastuu tuli aineistossa useasti esille ja katson sen pitävän sisällään miltei kaikkia aineistossa esille tulevia teemoja. Vastuu liittyy asiantuntijuuden muuttumiseen ja asiakkaan tai potilaan hoivan siirtymisestä esimerkiksi järjestöpuolelle. Vastuu liittyy välittämiseen, jossa yksilö saa erilaisia subjektipositioita ja toimintamahdollisuuksia. Vastuu liittyy erottamattomasti uhkiin, talouteen, ja priorisointiin, siihen, kenellä on velvollisuus tehdä mitäkin ja millä resursseilla. Vastuun nouseminen aineiston ytimeen ei ole yllättävää sinällään, sillä se liittyy yhteiskunnassamme vallalla olevaan yksilökeskeisyyteen, jossa ihmisellä on runsaasti vapautta, mutta toisaalta myös vastuuta. Lisääntyneen yksilön vapauden voidaan kuitenkin ajatella olevan näennäistä, sillä vapaus tuo mukanaan myös vastuuta terveydenhuollon saralla esimerkiksi erilaisten oikeuksien toteutumisesta. Vapauden korostaminen on myös eriarvoistavaa siinä mielessä, että ihmisten kyvyt ja resurssit valita sekä vaatia ovat erilaiset. Näen, että lisääntyvä yksilön vapaus on hallintaa, joka on muuttanut muotoaan.

Muodostamani vastuun diskurssi keskustelee hyvin muun terveydenhuollon individualisoitumista koskevan tutkimuksen kanssa. Esimerkiksi Bogdan Olarun teos *Autonomy, Responsibility and Health Care: Critical Reflections* (2008, 119–218)³⁵ pohtii sitä, kenen vastuulla itseaiheutettujen sairauksien maksaminen on ja voidaanko hoitoa priorisoida sen mukaan, onko yksilö vastuullinen omasta

³⁵ Olaru, Bogdan. 2008. *Autonomy, Responsibility and Health Care: Critical Reflections*. Zetabooks: Bucharest

terveydentilastaan vai ei. Edellä mainitun kaltaisia ongelmia ei toki pohdita kärkihankesuunnitelmassa, mutta ne kuvastavat hyvin terveydenhuollosta löytyviä perustavanlaatuisia ongelmia.

Tutkimukseni vahvisti teoriaohjaavan lähestymistavan mukaisesti tekemääni terveystkansalaisuuden ja hallinnan luokittelua. Toisin sanoen, aineistossa oli löydettävissä runsaasti niitä elementtejä, joita lähdin aineistosta etsimään. Yllättävää oli se, kuinka asiakirjat muodostuivat hyvin perustavanlaatuisesti terveystkansalaisuuden ja hallinnan ympärille. Tutkimusta tehdessäni mielenkiintoista oli myös se, kuinka yksiselitteisiltä ja ongelmattomilta monet seikat aineistossa näyttivät ja esimerkiksi liikunnan lisääminen tai lihavuuden ehkäisy linkitettiin aineistossa automaattisesti elämänlaadun paranemiseen.

Kärkihanke *Edistetään terveyttä ja hyvinvointia ja vähennetään eriarvoisuutta* sisältää monenlaisia tavoitteita aina hyvinvoinnin lisäämisestä ja eriarvoisuuden vähentämisestä vastuunottokyvyn parantamiseen sekä työurien pidentämiseen. Kärkihankkeen tavoitteet ovat hyviä ja ne pyrkivät vaikuttamaan ajankohtaisiin ongelmiin. Toisaalta tavoitteiden runsaus ja laajuus tuo omat haasteensa päämäärien saavuttamiselle. Käytännön tasolla, eli kärkihankkeen toimenpiteitä toimeenpanevien hankkeiden ja henkilöiden tasolla tavoitteita luultavasti yksinkertaistetaan ja niitä katsotaan tilanteisesti. Käytännön työn tasolla myös tarkemmat ohjeistukset terveydenedistämistyön toteuttamiseksi ovat varmasti selvemmat ja yksinkertaistetummat. Terveysthuollon toimenpiteiden saralla kysymykset arvokkuudesta, reiluudesta ja solidaarisuudesta ovat keskeisiä sekä yksilöiden ja ryhmien että yhteiskunnan näkökulmasta (ks.esim. Hänninen 2001, 28–29). Auktoriteettiuskovaiset suomalaiset nähdäkseni kuitenkin sopeutuvat hyvin vaikeilta ja jopa epäreiluilta tuntuviin poliittisiin päätöksiin. Suomalainen on kiltin terveystkansalaisen perikuva, joka noudattaa kuuliaisesti terveystammattilaisten ohjeita eikä koe tarvetta purkaa mieltään mielenosoituksissa (Warsell 2004, 425).

Rakentamani diskurssit muodostivat toisiaan tukevan diskurssikoalition, jossa vastuut ja velvollisuudet sekä niitä ohjaavat uhat, kriisit ja riskit toimivat yhdessä ja saavat oikeutuksensa kansalaisista välittämisen, sekä asiantuntijoiden tiedon kautta. Tässä yhtälössä asiantuntijuus toimii väylänä ihmisten valistamiseen ja kontrollointiin. Toisin kuin toimenpiteiden tarpeellisuutta, kontrollin tarpeellisuutta ei aineistossa tuotu avoimesti esille. Tulkitsen tämän johtuvan siitä, kuinka kontrollin ytimessä on kiusallinen ajatus tietynlaisesta yksilöiden hallitsemattomuudesta tai pohjimmiltaan vastuuttomasta, moraalittomasta tai hedonistisesta luonteesta, joka tulee taltuttaa hallinnan keinoin.

Terveyskansalaisuus nousi aineistossa esille etenkin vastuiden ja erilaisten kansalaishyveiden kautta. Näitä hyveitä esitettiin aineistossa käänteisesti, eli aineistossa puhuttiin siitä, millainen käyttäytyminen tai oleminen ei ole suotavaa. Ongelmiksi aineistossa nähtiin muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmaisuus, muutosvastaisuus sekä luottamuksen ja pystyvyyden puute. Elämäntapoihin puuttuminen ei kohdistunut kuitenkaan vain niihin, jotka aineistossa kategorisoitiin heikompaan asemaan. Uudistuksia ja uudenlaisia toimenpiteitä kohdistettiin myös koko väestöön ja toivottiin, että jokainen kansalainen ottaa yhä enemmän vastuuta sekä itsestään että myös lähimmäisistään. Vastuun lisääntyminen koski myös muita yksilöä lähellä olevia sektoreita, kuten järjestöjä.

Terveyskäyttäytymisen ja terveystietoisuuden hallinta ei aineistossa perustunut suoraan kurittamiseen ja rankaisemiseen, vaan erilaisten subjektipositivien tuottamiseen sekä yhteisten tavoitteiden korostamiseen. Ihmisten terveysvalintoihin pyrittiin vaikuttamaan terveyttä edistävää tietoa lisäämällä. Analyysissani keskustelin terveystiedon suhteesta konsumeristiseen suuntaukseen ja totesin sen vaikuttavan ihmisten käsityksiin ”oikeasta” ja ”väärästä” tiedosta. Toin esille myös tekeillä olevan sote-uudistuksen, jonka vaikutus julkisen terveydenhuollon markkinavaltaistumiseen on kiinnostava kysymys.

En kuitenkaan halua tutkimuksellani väittää, etteikö esimerkiksi asiantuntijoilla olisi merkitystä ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin lisäämisessä. En myöskään väitä, etteikö yhteiskuntamme ”hallinto” aidosti välittäisi kansalaisista. Tutkimuksellani haluan tuoda näkyviin myös asioiden ”toisen puolen”, jolloin on mahdollista tarkastella sitä mitä sanotaan ja verrata tätä siihen, mitä jätetään sanomatta. Puhetavoilla tai jopa puhumattomuudella – kuten uhkadiskurssin analyysiluvussa mainitsin – on vaikutusta siihen, millaiseksi ympärillämme oleva todellisuus muodostuu.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tarkastella sitä, miten terveysasiantuntijat itse suhtautuvat asetettuihin tavoitteisiin ja odotuksiin. Eri alan terveysasiantuntijoita haastatteleamalla voitaisiin saada arvokasta tietoa siitä, miten terveyspolitiikan ihanteet toimivat käytännön tasolla. Esimerkiksi uuden asiantuntijuuden vaateet sekä sote-uudistuksen aiheuttamat mullistukset terveydenhoidon kentällä ovat ajankohtaisia teemoja. Yhtä lailla olisi kiinnostavaa tarkastella myös asiakasnäkökulmaa hallinnan ja terveystietoisuuden näkökulmista.

Niin paljon kuin tutkimuksessani olen pystynyt suomalaisen terveyspolitiikan keskeisiä teemoja avaamaan, saman verran jää myös kysymyksiä ilman vastausta. Suomalaisen terveyspolitiikan kenttä

on ymmärrettävästi hyvin laaja ja siksi kenelle tahansa vaikea tavoittaa. Toisaalta sitä tutkitaan myös hyvin monialaisesti ja se herättää suurta kiinnostusta myös esimerkiksi mediassa.

Väestön terveyteen liittyvän päätöksenteon avoimuus, sekä kansalaisiin kohdistuvien toimenpiteiden syiden ja seurausten avaaminen on mielestäni tärkeää, sillä vain siten voimme arvioida toimenpiteiden vaikutusta esimerkiksi eriarvoistumiseen. Parhaimmillaan meillä kaikilla on mahdollisuus osallistua tähän arviointiin ja muodostaa omat käsityksemme tiedosta, totuudesta ja meitä ympäröivästä maailmasta.

Lähteet

- Aho, Timo. 2009. *Lihavuuden biopoliittinen haltuunotto. Suomen Lääkärilehden tekstit lihavuudesta vuosilta 1995–2008 medikalisoituneessa kulttuurissa*. Pro gradu- tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Alasuutari, Pertti. 1994. *Laadullinen tutkimus*. 2. uudistettu painos. Vastapaino: Tampere.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma. 2000. *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Vastapaino: Tampere.
- Dean, Mitchell. 1999. *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. Sage: London.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino: Tampere.
- Eriksson, Susan. 2002. ”Hoitajan asiantuntemus on aika vankka”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.). 41–58.
- Eriksson, Susan. 2002. ”Kommunikaatio, moraali ja valta modernissa asiantuntijuudessa”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.). 167–174.
- Eräsaari, Risto. 2002. ”Avoimen asiantuntijuuden analytiikka”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.). Jyväskylän yliopisto. Kopijyvä Oy: Jyväskylä. 21–35.
- Fairclough, Norman. 1992. *Discourse and social change*. Polity: Cambridge.
- Foucault, Michel. 1980. *Power/Knowledge. Selected Interviews & Other Writings*. Editoinut C.Gordon. Pantheon Books: New York.
- Foucault, Michel. 1998. *Seksuaalisuuden historia*. Suomentanut Kaisa Sivenius. Gaudeamus: Helsinki. Alkuteos Histoire de la sexualité 1-3. 1976 ja 1984. Gallimard: Paris.
- Foucault, Michel. 2005. *Tiedon arkeologia*. Suomentanut Tapani Kilpeläinen. Alkuteos L’archéologie du savoir. 1969. Vastapaino: Tampere.
- Haapakoski, Arja. 2002. ”Suuren ja pienen tarinan välissä – Uusien asiantuntijaryhmien ammatillisen tiedon rakentuminen”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. Ilkka Pirttilä & Susan Erikson (toim.). 105–117.
- Harjula, Minna. 2007. *Terveiden jäljillä. Suomalainen terveystaloustiede 1900-luvulla*. Tampere University Press: Tampere.
- Harjula, Minna. 2015. *Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveystaloustiede ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere.
- Helén, Ilpo. 2002. Lääketieteen lupaus ja elämän politiikka. *Sosiologia -lehti* 2/2002. Westermarck-seuran julkaisu 39. vuosikerta. 104–115.
- Helén Ilpo & Mikko Jauho (toim.) 2003. *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Gaudeamus: Helsinki.
- Helén, Ilpo. 2004. Hyvinvointi, vapaus ja elämänpolitiikka. Foucaultlainen hallinnan analytiikka. Teoksessa *Sosiologia nykykeskusteluja*. Gaudeamus: Helsinki. 206–236.
- Hänninen, Sakari & Jouko Karjalainen (toim.). 1997. *Biovallan kysymyksiä. Kirjoituksia köyhyyden ja sosiaalisten uhkien hallinnoimisesta*. Gaudeamus: Helsinki.

- Itkonen, Hannu, Markku Myllykangas, Ilkka Pirttilä & Raimo Tuomainen. 1994. *Elämän normittajat*. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja B: Selosteita ja opetusmateriaalia, 1.
- Itkonen, Hannu. 1994. ”Ruumiin muuttuvat tulkinnat”. Teoksessa *Elämän normittajat*. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja B: Selosteita ja opetusmateriaalia, 1. 12–34.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. 1993. ”Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyyttiset käsitteet”. Teoksessa *Diskurssianalyysin aakkoset*. Vastapaino: Tampere.
- Jokinen, Arja. 1999. ”Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin”. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi, & Suoninen, Eero, *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino: Tampere. 37–53
- Jokinen, Arja. 2012. ”Kategoriat, instituutiot ja sosiaalisen järjestyksen tuottaminen”. Teoksessa *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Vastapaino: Tampere. 160–187.
- Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. 2012. ”Kategoria-analyysin juuret”. Teoksessa *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Vastapaino: Tampere. 12–31.
- Juhila, Kirsi. 1999. ”Kulttuurin jatkuvasti rakentuvat kentät – Tilanteisesta kulttuuriseen kontekstiin”. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino. Tampere. 160–198
- Mikkola, Hennamari. 2018. *Korvaako chattipalvelu perinteisen vastaanottokäynnin? Yksityislääkärikäynnit laskussa*. Kelan tutkimusblogi. <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4435> Noudettu 2.1.2018.
- Miller, Peter & Nikolas Rose. 2010. *Miten meitä hallitaan*. Alkuteos *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*. 2008. Suomentanut Risto Suikkanen. Vastapaino: Tampere.
- Mäkitalo, Åsa & Säljö, Roger. 2002a. Invisible People: Institutional Reasoning and Reflexivity in the Production of Services and "Social Facts" in Public Employment Agencies. *Mind, Culture, and Activity*, 9:3. 160–178. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327884MCA0903_02. Noudettu 22.6.2018.
- Mäkitalo Åsa & Säljö Roger. 2002b. *Talk in institutional context and institutional context in talk: Categories as situated practices*. TEXT, 22(1), 57–82.
- Perttilä, Kerttu, Orre, Soili, Koskinen, Sari & Rimpelä, Matti. 2004. *Kuntien hyvinvointikertomus*. Hankkeen loppuraportti 7/2004. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75090/Aiheita7-2004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Noudettu 6.1.2019.
- Peltomäki, Päivi, Harjumäki, Piia & Husman, Kaj. 2002. ”Muuttuva auttamistyön asiantuntijuus – Kriisityön ja työterveyshuoltotoiminnan tarkastelua”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.) 81–103.
- Pirttilä, Ilkka. 2002. ”Mistä asiantuntemuksen sosiologiassa on kyse?” Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.) Jyväskylän yliopisto. Kopijyvä Oy: Jyväskylä.
- Raitakari, Suvi. 2006. *Neuvottelut ja merkinnät minuuksista: vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa*. Väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy: Juvenes Print Tampere: Tampere.
- Rose, Nikolas. 1991. Governing by numbers: figuring our democracy. *Accounting, Organizations and Society* 16 (7). 673–692.

- Ruusuvaori, Johanna, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.). 2010. *Haastattelun analyysi*. Vastapaino: Tampere.
- Saari, Juho (toim.). 2005. *Hyvinvointivaltio. Suomen mallia analysoimassa*. Yliopistopaino: Helsinki University Press.
- Saari, Juho (toim.). 2011. ”Johdanto”. *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Gaudeamus: Helsinki.
- Salo, Ulla-Maija. 2015. ”Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet”. Teoksessa *Umpikujasta oivallukseen: Refleksiivisyys empiirisessä tutkimuksessa*. Sanna Aaltonen & Riina Högbäck (toim.). 166–190.
https://tuhat.helsinki.fi/portal/files/96911138/salo_simsalabim_umpikujasta_oivallukseen_sivut_166_190.pdf . Noudettu 5.6.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2006b. *Terveysten edistämisen laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19/2006. Helsinki.
http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466/terveydenlaatusuositus_1.pdf.pdf .Noudettu 18.5.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. 2008. *Terveys kannattaa – sanoista tekoihin*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 4/2008. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö [STM]. 2010. Sosiaali- ja terveystietämys 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Valtioneuvosto: Helsinki.
- Taylor, Carolyn. 2008. ”Trafficking in Facts. Writing Practices in Social Work”. *Qualitative Social Work* 7(1). 25–42.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos [THL]. Lihavuus. 14.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus> . Noudettu 6.1.2019.
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos [THL]. Tilastoraportti 20/2018. Terveystietämyksen menot ja rahoitus 2016. 28.5.2018.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20_18.pdf?sequence=6&isAllowed=y
 Noudettu 14.8.2018
- Tervonen-Gonçalves, Leena. 2013. *International Ideas and National Agendas of Public Health Policy*. Suomen Yliopistopaino Oy: Tampere
- Tuomainen, Raimo, Myllykangas, Markku, Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka. 1999. *Medikalisaatio – aikamme sairaus*. Vastapaino: Tampere
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi: Helsinki.
- Vähäaho, Tarja. 2002. ”Asiantuntijuus ja rajanylitykset”. Teoksessa *Asiantuntijoiden areenat*. 59–80. Ilkka Pirttilä & Susan Eriksson (toim.). Kopijyvä Oy: Jyväskylä.
- Walls, Georg. 1990. ”Sosiaaliset ongelmat, sosiaalityö ja tieto”. Teoksessa *Sosiaalisten ongelmien ja sosiaalityön tutkimus – kysymyksiä ja mahdollisuuksia*. Marketta Rajavaara & Georg Walls (toim.) Helsingin Yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos, tutkimuksia 1/1990.
- Warsell, Leena. 2004. ”Kalanmaksajia kivuliaan kansan rattaisiin? Terveys, politiikka ja terveystietämys”. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004):4.

Zola, Irving. 1972. "Medicine as an institution of social control". *Sociological Review*. Vol 20. 487–504.

Liite 1. Tutkimusaineisto

A1. Kärkihanke. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen – hankesuunnitelma. Tekijä: Meri Larivaara. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75362>

A2. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf

A3. Ratkaisujen Suomi: Puolivälin tarkistus. Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2019. https://vnk.fi/documents/10616/4610410/Toimintasuunnitelma+H_5_2017+280417.pdf

A4. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta-kärkihanke. Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön 2016–2018. Hakuilmoitus. Tekijä: Meri Larivaara. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75140>

